SENATE SÉNAT
CANADA

REPORT 3

Mental Health, Mental Illness and Addiction:

Issues and Options for Canada

Interim Report of
The Standing Senate Committee On Social Affairs, Science And Technology

The Honourable Michael J.L.Kirby, Chair
The Honourable Wilbert Joseph Keon, Deputy Chair

November 2004

Ce document est disponible en français

Available on the Parliamentary Internet:
www.parl.gc.ca
(Committee Business – Senate – Recent Reports)
38th Parliament – 1st Session

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

Interim Report on
Mental Health, Mental Illness and Addiction

Report 3

MENTAL HEALTH, MENTAL ILLNESS AND ADDICTION: ISSUES AND OPTIONS FOR CANADA

Chair
The Honourable Michael J.L. Kirby

Deputy Chair
The Honourable Wilbert Joseph Keon

November 2004

TABLE OF CONTENTS

TABLE OF CONTENTS .... **I**

ORDER OF REFERENCE .... **IV**

SENATORS V

INTRODUCTION **1**

CHAPTER 1: DELIVERY OF SERVICES AND SUPPORTS **5**

1.1 A PATIENT/CLIENT-CENTERED SYSTEM ORIENTED TOWARD RECOVERY AND WITH PERSONALIZED CARE PLANS 5

1.2 CULTURALLY APPROPRIATE DELIVERY OF SERVICES AND SUPPORTS 7

1.3 SYSTEM COORDINATION AND INTEGRATION WITH STRONG FOCUS ON COMMUNITY-BASED DELIVERY 7

1.4 EARLY DETECTION AND INTERVENTION 8

1.5 ENHANCING ACCESS 9

CHAPTER 2: SPECIFIC POPULATION GROUPS **11**

2.1 CHILDREN AND ADOLESCENTS 11

2.2 ABORIGINAL PEOPLES 13

2.3 SENIORS 15

2.4 INDIVIDUALS WITH COMPLEX NEEDS 16

CHAPTER 3: THE WORKPLACE **19**

3.1 EMPLOYERS 19

3.2 WORKERS' COMPENSATION BOARDS 21

3.3 FEDERAL INCOME SECURITY PROGRAMS 21

3.4 THE FEDERAL GOVERNMENT AS AN EMPLOYER 22

CHAPTER 4: SPECIFIC ISSUES **25**

4.1 COMBATING STIGMA AND DISCRIMINATION 25

4.2 SUICIDE PREVENTION 27

CHAPTER 5: HUMAN RESOURCES **29**

5.1 SUPPLY OF MENTAL HEALTH AND ADDICTION HUMAN RESOURCES 29
5.2 PRIMARY HEALTH CARE SECTOR 30
5.3 COMMUNITY SUPPORT WORKERS AND POLICE OFFICERS 32
5.4 SUPPORTING CAREGIVERS 33

CHAPTER 6: NATIONAL INFORMATION DATABASE, RESEARCH AND TECHNOLOGY 35

6.1 CANADIAN COMMUNITY HEALTH SURVEY 35
6.2 NATIONAL INFORMATION DATABASE 36
6.3 RESEARCH 36
6.3.1 Level of Funding 36
6.3.2 Knowledge Translation 38
6.3.3 Research Involving Human Subjects 39
6.3.4 A National Research Agenda 39
6.4 INFORMATION AND COMMUNICATIONS TECHNOLOGY 40
6.4.1 Electronic Health Records 40
6.4.2 Tele-Mental Health Services 41
6.4.3 Internet-Based Health Information Network 42
6.5 PRIVACY 43

CHAPTER 7: THE ROLE OF THE FEDERAL GOVERNMENT 47

7.1 DIRECT ROLE 47
7.2 INDIRECT ROLE 48
7.3 INTERGOVERNMENTAL COLLABORATION 50
7.4 NATIONAL ACTION PLAN 51

CHAPTER 8: FINANCING REFORM AND FOSTERING PERFORMANCE AND ACCOUNTABILITY 55

8.1 LEVEL OF FUNDING 55
8.2 DEDICATED FUNDING 57
8.3 PERFORMANCE AND ACCOUNTABILITY 57

CONCLUSION 59

APPENDIX A: LIST OF WITNESSES THIRD SESSION OF THE 37TH PARLIAMENT (FEBRUARY 2, 2004 – MAY 23, 2004) I

APPENDIX B: LIST OF WITNESSES THE SECOND SESSION OF THE 37TH PARLIAMENT (SEPTEMBER 30, 2002 – NOVEMBER 12, 2003) VII

APPENDIX C: LIST OF INDIVIDUALS WHO RESPONDED TO A LETTER FROM THE COMMITTEE ON PRIORITIES FOR ACTION ... XI

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* for Thursday, October 7, 2004:

The Honourable Senator Kirby moved, seconded by the Honourable Losier-Cool:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the Committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

That the papers and evidence received and taken by the Committee on the study of mental health and mental illness in Canada in the Thirty-seventh Parliament be referred to the Committee; and

That the Committee submit its final report no later than December 16, 2005 and that the Committee retain all powers necessary to publicize the findings of the Committee until March 31, 2006.

The question being put on the motion, it was adopted.

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

The following Senators have participated in the study on the state of the health care system of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology:

The Honourable Michael J. L. Kirby, Chair of the Committee
The Honourable Wilbert Joseph Keon, Deputy Chair of the Committee

The Honourable Senators:

Catherine S. Callbeck
Ethel M. Cochrane
Joan Cook
Jane Mary Cordy
Joyce Fairbairn, P.C.
Aurélien Gill
Janis G. Johnson
Marjory LeBreton
Viola Léger
Yves Morin
Lucie Pépin
Brenda Robertson (retired)
Douglas Roche (retired)
Eileen Rossiter (retired)
Marilyn Trenholme Counsell

Ex-officio members of the Committee:

The Honourable Senators: Jack Austin P.C. or (William Rompkey) and Noël A. Kinsella or (Terrance Stratton)

Other Senators who have participated from time to time on this study:
The Honourable Senators Di Nino, Forrestall, Kinsella, Lynch-Staunton, Milne and Murray.

MENTAL HEALTH, MENTAL ILLNESS AND ADDICTION: ISSUES AND OPTIONS FOR CANADA

INTRODUCTION

The purpose of this paper is to outline the major issues facing the provision of mental health services and addiction treatment in Canada, to present potential policy options to address some of these issues, and to launch a public debate to enable Canadians to provide input on how the issues should be addressed.

Two companion reports are being released, along with this Issues and Options paper, that summarize the background material used in the preparation of this paper. The first, entitled *Mental Health, Mental Illness and Addiction: Overview of Policies and Programs in Canada*, presents an overview of mental health, mental illness and addiction policies and services in Canada.[1] The second, *Mental Health Policies and Programs in Selected Countries*, draws some lessons for mental health reform in Canada from descriptions of the mental health policies and programs in four selected countries: Australia, New Zealand, the United Kingdom and the United States.[2] The Committee encourages strongly respondents to review carefully the two companion reports when preparing their submissions to the Committee.

The policy issues, questions and options contained in this paper have been developed, in part, on the basis of information the Committee received from its public hearings. From February 2003 to May 2004, the Committee heard 104 witnesses and held 24 public hearings over a total of 55 hours. In addition, the Committee received 114 submissions and 43 letters. The Committee also commissioned two papers, one on research and the other on ethics. Moreover, the Committee has made extensive use of the academic and professional literature on mental health, mental illness and addiction.

The Committee is eager to receive the views of Canadians on what the most appropriate public policy responses should be to the matters raised in this Issues and Options paper, whether by a provincial/territorial government or the federal government. The Committee will hold public hearings throughout the country, during the period from February to June, 2005. Then, in November 2005, the Committee will publish its recommendations on how best to address the issues and questions raised.

The Committee will hold public hearings throughout the country, during the period from February to June, 2005. Then, in November 2005, the Committee will publish its recommendations on how best to address the issues and questions raised.

This Issues and Options paper can be viewed as an executive summary of the findings and observations contained in the two companion reports. This paper cannot be read on its own without reference to the first and second reports. **Therefore, the Committee**

[1] thereafter referred to as the "First Report" in this document.
[2] thereafter referred to as the "Second Report".

strongly encourages readers to refer to the appropriate sections of the first and second reports as they review the list of issues, questions and options contained in this report.

This report has been structured to reflect the perspective of patients/clients as its primary focus. For example, the discussion of service delivery issues is from the point of view of the individual receiving the service/support rather than from that of the institution or organization providing it. Similarly, the issues raised focus on the particular needs of specific population subgroups – children and adolescents, seniors, Aboriginal Canadians, individuals with complex mental health needs – rather than on specific mental disorders.

The report also deals with the services and supports required to meet adequately patient/client needs. raises issues related to the appropriate public policy response to mental health human resources, primary health care reform, mental health research, and the use of technology (such as electronic patient records and telehealth).

Finally, the Issues and Options paper concludes with a series of questions about what the role of the federal and provincial/territorial governments should be in improving Canada's system of mental health and addiction treatment services. For example, what should the key elements of federal and provincial mental health, mental illness and addiction action plans be? How should progress on implementing such plans be monitored, and how should governments be held accountable for implementing their plans effectively and by whom? How should improvements in mental health services and addiction treatment be financed? If more funding is needed, how should any new funds be obtained and from what sources?

The Committee urges everyone interested in mental health, mental illness and addiction issues to participate in our forthcoming consultation phase, either by testifying during the period from February to June 2005, or by sending us a letter or a brief setting out your views. The quality of our final report and its recommendations, indeed the well-being of all individuals living with mental illness and addiction throughout Canada, depends on an open debate of the issues, questions and options presented in this paper and on the Committee receiving generous "feedback".

The Committee realizes that making recommendations is not enough! Implementation is essential if its work on mental health, mental illness and addiction is to be truly useful.

The Committee realizes that making recommendations is not enough! Implementation is essential if its work on mental health, mental illness and addiction is to be truly useful. We also recognize that no matter how intellectually sound they may be, reports that meet excessive resistance from vested interests will simply gather dust. Therefore, the Committee is particularly anxious to receive guidance on the practical issues associated with maximizing the chances of its recommendations being acted upon. Given the level of resistance to

The Committee understands fully that progress will be made only when a very large proportion of those involved in mental health, mental illness and addiction issues is prepared to make a meaningful contribution to change – including the way they each contribute to and participate in the "system".

change which exists in any large system, especially one that involves as many players as does mental health and addiction, producing recommendations on which action can and will be taken is difficult, yet it is a prime goal of the Committee. Having said that, the Committee understands fully that progress will be made only when a very large proportion of those involved in mental health, mental illness and addiction issues is prepared to make a meaningful contribution to change – including the way they each contribute to and participate in the "system".

CHAPTER 1:
DELIVERY OF SERVICES AND SUPPORTS

The Committee has in mind a mental health and addiction treatment system with two key characteristics: it is patient-centered and is focused on recovery. It tailors services to meet the needs of individual patients/clients in a culturally appropriate manner. It provides early diagnosis and treatment to individuals soon after the onset of the mental illness and addiction.

It is also a seamless system in which services and supports are accessible, of high quality, and are well coordinated and integrated. In this system, the silo approach that currently dominates the provision of mental health services and addiction treatment (and too much of the health care "system" generally) is completely disbanded.

1.1 A PATIENT/CLIENT-CENTERED SYSTEM ORIENTED TOWARD RECOVERY AND WITH PERSONALIZED CARE PLANS

A major criticism of mental health services and supports and addiction treatment in Canada is that it is largely organized around (and often for the convenience of) providers, not patients/clients Rather than the system adapting to meet their needs, it seems that individuals with mental illness and addiction are expected to adapt to fit into the system and access services and supports only when and where the system can provide them.[3]

A major criticism of mental health services and supports and addiction treatment in Canada is that it is largely organized around (and often for the convenience of) providers, not patients/clients.

This rather damning observation is confirmed in several provincial reports that have acknowledged that the delivery of mental health services and supports and addiction treatment needs to be more strongly person-oriented. To improve the quality of patients'/clients' lives, safe, timely and effective treatments, services and supports should be coordinated around the needs of individuals with mental illness and addiction.[4]

Our international comparative analysis showed that in other countries changes have been made to the mental health/addiction system to make them more patient/client centred.[5] For example, personalized care plans that focus strongly on recovery have been introduced in some countries for every individual with severe mental disorders.

Providing services and supports that are tailored to meet individual needs is fundamental to recovery.

[3] First Report, Chapter 8.
[4] First Report, Chapter 8, Section 8.2.1.
[5] Second Report, Chapter 5, Section 5.7.

Providing services and supports that are tailored to meet individual needs is fundamental to recovery. Personalized care plans provide a detailed description of the particular services and supports individuals with mental illness and addiction need to achieve and maintain recovery; they are responsive to the changing needs of patients/clients as they evolve during the course of an illness and throughout the individual's lifespan.[6] Funding for implementation of personalized care plans usually follows the patient/client. Individuals who need multiple services and supports and/or their families should not have to bear the burden of coordination and access to services (as they largely do now); that burden should be shared by the providers of the necessary services and supports.

The Committee has become convinced that the *status quo* is not an option. What, then, is necessary to make the mental health/addiction system more patient/client oriented? Should it go all the way to personalized care plans, and if so, for which types of patients/clients? What types of information should these plans contain, that is, what should be the content of such a plan? What changes are needed in the current service delivery structure to implement personalized care plans for individuals with mental illness and addiction? Who should coordinate the implementation of the personalized care plan for each patient/client?

The Committee has become convinced that the *status quo* is not an option. What, then, is necessary to make the mental health/addiction system more patient/client oriented?

Would changing the method of remunerating individual and institutional providers to one in which the money follows the patient/client provide an incentive sufficiently strong to achieve a system of truly patient/client oriented mental health and addiction services and supports? If so, what changes are necessary to implement such a new funding/remuneration system? If not, what are the incentives and how should they be introduced into the system to stimulate the changes required to make the system truly patient/client oriented? More generally, what would be the implications of having "the money following the patient"?

What are the incentives and how should they be introduced into the system to stimulate the changes required to make the system truly patient/client oriented?

Moreover, in its first report, the Committee noted that decision-making capacity of those suffering from mental illness and addiction may be impaired to varying degrees and at different times.[7] Accordingly, how can a patient/client oriented system ensure an appropriate balance between the rights of individuals with severe mental disorders and the role of society in caring compassionately for them while also protecting itself? Do the current disparities found in mental health legislation across the provinces and territories require formal review so as to achieve a more uniform, national, legislative framework?

[6] First Report, Chapter 4, Section 4.9.

[7] First report, Chapter 8 (Section 8.3) and Chapter 11 (Section 11.2).

1.2 CULTURALLY APPROPRIATE DELIVERY OF SERVICES AND SUPPORTS

Some population groups in Canada encounter specific access problems and receive services of diminished quality due to cultural, linguistic and geographical barriers. They include Aboriginal peoples, individuals from culturally and linguistically diverse backgrounds, and people living in rural and remote areas. The absence of culturally appropriate services and supports has had a strong negative impact on many individuals.

Increasingly Canadians come from different cultural and linguistic backgrounds. What mechanisms must be put in place to deliver services and supports in a culturally appropriate manner?

Increasingly Canadians come from different cultural and linguistic backgrounds. What mechanisms must be put in place to deliver services and supports in a culturally appropriate manner? Is there a specific role for the federal government, given its responsibility for the promotion of multiculturalism? In addition, what are the views of Canadians from official language minorities with respect to their access to the mental health/addiction system? What can the federal government do to help ensure that language is not barrier to receiving needed care? [The federal government's role with respect to the provision of mental health services and addiction treatment to Aboriginal communities is addressed in more detail in Chapter 2 (Section 2.2) and Chapter 7 (Section 7.1) of this report.]

1.3 SYSTEM COORDINATION AND INTEGRATION WITH STRONG FOCUS ON COMMUNITY-BASED DELIVERY

How can the burden of coordinating and integrating services and supports be shifted to the system itself and away from affected individuals and their families?

Individuals with mental illness and addiction often feel bewildered and overwhelmed when they must not only access services and supports, but also integrate for themselves mental health care, addiction treatment, support services (housing, education, etc.), and disability benefits across multiple, disconnected programs that span federal, provincial and regional agencies, as well as several nongovernmental organizations.[8] How can the burden of coordinating and integrating services and supports be shared equitably between the system itself and affected individuals and their families?

Reforming the silo approach that currently dominates the provision of mental health services and addiction treatment so that seamless service delivery is provided would require many existing service delivery organizations to give up their autonomy. What tools could be used to put a seamless system of mental health services and supports and addiction treatment in place? What incentives are needed to overcome the difficulties associated with getting existing organizations to work together – to give up their autonomy in favour of interdependence? There appears to be significant duplication and overlap among the great

[8] First Report, Chapter 8, Section 8.2.1.

number of NGOs delivering services and supports to individuals with mental illness and addiction; how can this problem be eliminated?

What incentives are needed to overcome the difficulties associated with getting existing organizations to work together – to give up their autonomy in favour of interdependence?

What is the best way of integrating addiction services and programs into a genuine system of mental health services? How can mental health/addiction services be best coordinated with other more broadly defined social sector "silos" (housing, education, employment, income support, etc.)? Other than top down command-and-control, what incentives are there available to speed up the changes needed in the mental health/addiction system? Should increased connectiveness between different programs and administrative structures be achieved informally through positive relationships, or formally through Memorandums of Understanding or service agreements? When beginning systemic integration, which community services and supports should be given priority? Are localized pilot projects a good idea?

There are many such questions as yet unanswered. How can Canada develop and adopt clear descriptions of the roles and responsibilities of the various organizations involved in the delivery of mental health services and supports and addiction treatment? In particular, what should be the roles and responsibilities of the federal government, the provincial/territorial governments, regional health authorities, various provincial government ministries and agencies (health, education, social services, housing, justice, welfare, etc.), mental health providers, nongovernmental organizations, self-help groups, etc.?

How should public funding be allocated to encourage collaboration between and within the addiction and mental health fields? What form of funding would provide the most appropriate and effective incentives to achieve this objective? Which type of funding or mechanism could help achieve better coordination between the mental health/addiction system and the broader social system? [The issue of funding is addressed in detail later in Chapter 8 (Sections 8.1 and 8.2) of this report.]

How should public funding be allocated to encourage collaboration between and within the addiction and mental health fields? What form of funding would provide the most appropriate and effective incentives to achieve this objective?

1.4 EARLY DETECTION AND INTERVENTION

Early intervention is fundamental to arrest progression towards full-blown disease; it is important also in controlling symptoms and improving outcomes. The earlier the initiation of a proper course of treatment, the better the patient's/client's prognosis.[9]

Important in all age groups, early intervention is particularly important in children and adolescents. The onset of most adult mental disorders occurs during adolescence and young

[9] First Report, Chapter 8, Section 8.2.7.

adulthood when early intervention can significantly reduce disruptions to an individual's educational, occupational, and social development. Gains made at this time often have lifelong impact.

To put more emphasis on early detection of and intervention in mental disorders among children and adolescents, what would be required in terms of: school mental health programs, mental health screening for high school aged children, and screening for dual diagnosis and concurrent disorders? What changes must be made to the health care system, the mental health/addiction system, the education system, and the broader social service system to facilitate early intervention? [Children's and adolescents' issues are addressed in greater detail in Chapter 2 (Section 2.1) of this report.]

To put more emphasis on early detection of and intervention in mental disorders among children and adolescents, what would be required in terms of: school mental health programs, mental health screening for high school aged children, and screening for dual diagnosis and concurrent disorders?

Early detection and intervention should also be viewed through the lenses of a population health perspective. Improving the social conditions that we know are necessary for overall good mental health (e.g. healthy physical and social environments, strong coping skills, etc.) is essential to support positive mental health and recovery from mental disorders. This includes addressing the root causes of mental illness and addiction through public policy with respect to poverty, homelessness, education, etc., and the need to develop community capacity to deal adequately with these issues.

What role should the federal government play in the development and implementation of a population health approach aimed at the mental health of Canadians? Which federal departments should be involved? How can the federal government encourage the provinces/territories and other stakeholders to collaborate closely in addressing the root causes of mental illness and addiction?

1.5 ENHANCING ACCESS

Despite the efforts by all provinces and territories to improve the delivery of mental health services/supports and addiction treatment, a majority of Canadians suffering from mental disorders still do not seek and receive professional help. The Canadian Community Health Survey (CCHS) recently done by Statistics Canada showed that only 32% of individuals with mental illness and addiction saw or talked to a health professional (either a psychiatrist, a family physician, a medical specialist, a psychologist, a social worker or a nurse) during the 12 months prior to the survey.[10]

What could be done to improve this situation? One possibility is to establish a patient charter that would set standards for access to mental health services in primary health care, specialized mental health services and acute care. The Champlain District Mental Health Implementation Task Force (2002) in Ontario recommended the creation of a "Provincial

[10] First Report, Chapter 8, Section 8.2.6.

Mental Health Patients' Charter of Rights". Others have suggested some form of "mental health equitable act", legislation intended to bridge the gap between physical illnesses and mental disorders in terms of the services provided and their public funding. Still, others have advocated appointing "mental health advocates", officials who individuals having difficulty accessing needed mental health services and supports could contact for assistance. A mental health advocate existed for some time in British Columbia, but the position was eliminated when the Ministry of State for mental illness and addiction was created.[11] The Committee invites the views of readers on this set of options or others that might be pursued.

In its report of October 2002, the Committee recommended the establishment of a Health Care Guarantee along with a maximum needs-based waiting time set for primary health care consultations, specialist referrals, diagnostic tests and surgery.[12] In the current context of defining acceptable waiting times for access to health services, is there a need to set national standards with regard to access to mental health services and addiction treatment?

In the current context of defining acceptable waiting times for access to health services, is there a need to set national standards with regard to access to mental health services and addiction treatment?

Clearly, input from patients/clients will be needed increasingly as changes to the mental health/addiction system are developed and implemented. In the meantime, should the federal government (and each provincial/territorial government) establish a mental health/addiction advisory committee that is representative of the wide range of individuals with mental illness and addiction to facilitate the development of a patient-oriented system? If some other mechanism is preferable, what should that mechanism be?

Should the federal government (and each provincial/territorial government) establish a mental health/addiction advisory committee that is representative of the wide range of individuals with mental illness and addiction to facilitate the development of a patient-oriented system?

[11] *Ibid.*

[12] *Recommendations for Reform*, October 2002, Chapter 6.

CHAPTER 2: SPECIFIC POPULATION GROUPS

The Committee has been convinced of the applicability of the adage "one size does not fit all". Individuals with mental illness and addiction are not homogenous. They are individual persons, each unique as all persons are; they should be respected as such. But they can be categorized to fall roughly within a number of population sub-groups, each with its own particular challenges and service delivery needs: children and adolescents, Aboriginal peoples, seniors, and individuals with especially complex needs, just to name a few.

2.1 CHILDREN AND ADOLESCENTS

As indicated in our first report, the overall prevalence of mental illness in Canadian children and adolescents, at any given point in time, is about 15%. This translates into approximately 1.2 million children and adolescents who experience at any point in time mental illness and/or addiction of sufficient severity to cause significant distress and impaired functioning. The most common mental illnesses among children and adolescents are anxiety (6.5%), conduct (3.3%), attention deficit (3.3%), depressive (2.1%), substance use (0.8%), and autism and other pervasive developmental disorders (0.3).[13]

There is considerable dissatisfaction in most jurisdictions with the existing delivery of children and adolescent services. Child and adolescent mental health services and supports have been called the "orphan's orphan" of the health care system, a term that has its origin in the frequent reference to mental health as the "orphan" of the Canadian health care system.

Child and adolescent mental health services and supports have been called the "orphan's orphan" of the health care system, a term that has its origin in the frequent reference to mental health as the "orphan" of the Canadian health care system.

At the provincial/territorial level, the delivery of mental health services to children and adolescents is highly fragmented and uncoordinated; usually a variety of departments and agencies (e.g., mental health, primary health care, hospitals, child welfare, schools, young offender, addiction services, and special education services) is involved. Compounding the problem, most mental health policies and programs have largely focussed primarily on the adult population; consequently, services for children and adolescents have developed slowly and only as an adjunct to adult programs.

How can we best achieve a seamless, well coordinated, network of services and supports to address the prevalence of mental disorders among children and adolescents building on the current layering of multiple, well intentioned but uncoordinated programs? What specific measures need to be adopted in order to foster the mental

How can we best achieve a seamless, well coordinated, network of services and supports to address the prevalence of mental disorders among children and adolescents?

[13] First Report, Chapter 5, Section 5.1.2.

health of children and adolescents? Should the first step be for the various governmental departments and agencies to develop, in collaboration with other stakeholders, an inter-ministerial strategy for children and adolescent mental health? Subsequently, should formal protocols be developed and implemented to ensure effective collaboration and communication among the various players? Should each provincial government establish an agency or department with prime responsibility for children and adolescent mental health?

A number of provinces – such as Alberta, British Columbia and Prince Edward Island – have implemented specific mental health strategies for children. What can be learned from provincial initiatives? Are there particular provincial/territorial or regional models that the Committee should examine?

The value of providing mental health services within the school setting is intuitively apparent. Schools offer familiar environments to intervene with children and adolescents with mental health problems and in many jurisdictions are recognized as key players in the provision of mental health services and supports. What services and supports could be provided in an efficient and cost-effective manner in the school system?

What services and supports could be provided in an efficient and cost-effective manner in the school system?

Mental health services and supports for children and adolescents are not easy to find in most communities. When services are available, usually there are long waiting lists for access to service. It is clear that in most communities service capacity must be increased to provide a basic level of accessible services. The Committee was advised that when appropriate, services should be delivered in places where children, adolescents and their families spend most of their time (e.g., schools and homes) and at appropriately flexible times of day. This raises a series of further questions. How much funding is needed to increase capacity? How serious are the shortages of professionals in the field of children and adolescent mental health? Should more training in the early detection of mental disorders in children and adolescents be provided to primary health care providers and educational personnel? Should researchers in mental health devote more attention and resources to issues affecting children and adolescents?

Should researchers in mental health devote more attention and resources to issues affecting children and adolescents?

The Committee heard about the specific mental health care needs of those making the transition from adolescence to adulthood. In particular, the question of the general interface between systems and services set up for children and adolescents and those established for adults was raised. On the one hand, the need for mental health services and supports will likely continue following an adolescent's 18th birthday; children and adolescent mental health services, however, are generally no longer accessible when he/she turns 18. On the other, the period of transition from childhood to adulthood can be difficult, and requirements for mental health services and supports may actually increase rather than decrease during this important developmental period. How can the various systems work in an integrated, collaborative and timely manner to prepare and plan for adolescents experiencing the

Should new programs and services be developed to facilitate the transition to adult mental health services delivery programs?

transition into adulthood? Should new programs and services be developed to facilitate the transition to adult mental health services delivery programs?

2.2 ABORIGINAL PEOPLES

As noted in our first companion report, Aboriginal peoples are defined in the *Constitution Act*, 1982 (section 35) as the "Indian, Inuit and Métis peoples of Canada." Despite this broad constitutional definition, the federal government currently assumes responsibility only for Indian peoples residing on-reserve and specified Inuit populations. At present, Health Canada and Indian and Northern Affairs Canada are the two major federal departments that provide health care, mental health services, addiction treatment and social services and supports to First Nations on reserve and Inuit people.[14]

The provincial and territorial governments are responsible for Aboriginal peoples living off-reserve, including the Métis and non-status Indians who have access to programs and services on the same basis as other provincial residents. The multifaceted nature of the Aboriginal population in combination with these jurisdictional divisions in Canada, have created serious barriers to the establishment of a comprehensive plan for dealing with mental health, mental illness and addiction among Aboriginal Canadians.[15]

The multifaceted nature of the Aboriginal population in combination with these jurisdictional divisions in Canada, have created serious barriers to the establishment of a comprehensive plan for dealing with mental health, mental illness and addiction among Aboriginal Canadians.

Although data on the prevalence of psychiatric disorders among Aboriginal peoples are quite limited, there is consensus in the literature that Aboriginal communities suffer significantly higher rates of mental illness, addiction and suicidal behaviour than the general population. Moreover, the prevalence rates of foetal alcohol syndrome/foetal alcohol effects (FAS/FAE) in some Aboriginal communities are higher than the national average.[16]

While many of the causes of mental illness, addiction and suicidal behaviour in Aboriginal and non-Aboriginal communities may be similar, there are added cultural factors in Aboriginal communities that affect individual decision-making and suicidal ideation.

Experts in the field suggest that, while many of the causes of mental illness, addiction and suicidal behaviour in Aboriginal and non-Aboriginal communities may be similar, there are added cultural factors in Aboriginal communities that affect individual decision-making and suicidal ideation. These cultural factors include past government policies, creation of the reserve system, the change from an active to a sedentary lifestyle, the impact of residential schools, racism, marginalization and the projection of an inferior self-image.[17]

---

[14] First Report, Chapter 9, Section 9.2.1.

[15] *Ibid.*

[16] First Report, Chapter 5, Section 5.3.1.

[17] *Ibid.*

Several issues bear directly on the provision of mental health services and addiction treatment to Aboriginal communities:

- First, the system is highly fragmented. Services and supports are provided by different levels of government, different departments, and/or various departmental directorates or divisions, all without much collaboration. This fragmentation is illustrated by the current practice of isolating symptomatic problems – addiction, suicide, FAS/FAE, poor housing, lack of employment, etc. – and designing stand-alone programs to try to manage each one separately.

- Second, the habits of dependency have been fostered for a long time. Government departments must delegate to Aboriginal communities the authority to customize services and react flexibly to local circumstances. In other words, Aboriginal peoples should be supported in the development of their own solutions, rather than having solutions imposed on or provided for them. Such a change would foster the development of more culturally appropriate, and therefore effective, services and supports.

Aboriginal peoples should be supported in the development of their own solutions, rather than having solutions imposed on or provided for them. Such a change would foster the development of more culturally appropriate, and therefore effective, services and supports.

- Third, there is a critical shortage of adequately trained Aboriginal mental health and addiction professionals. For example, there are only 4 Aboriginal psychiatrists in Canada.

- Finally, some provinces have integrated Aboriginal issues with their province-wide mental health strategies. In those circumstances, federal programs for Aboriginal mental health on or off reserve should be harmonized with the provincial mental health plans and implementation strategies.

What should be the top priorities for the federal government as it starts the process of changing the way it delivers mental health services and addiction treatment to Aboriginal Canadians? What would be the most appropriate structures to ensure that Aboriginal peoples have adequate input into the design of services they need? How can the federal government organize itself to deliver those services most efficiently and effectively? Should the federal government offer financial incentives to encourage Aboriginal Canadians to train to become mental health workers?

What should be the top priorities for the federal government as it starts the process of changing the way it delivers mental health services and addiction treatment to Aboriginal Canadians?

Perhaps more importantly, given unnecessary and expensive duplication of uncoordinated programs, who should take responsibility for carrying out an environmental scan to determine what programs exist and identify duplication among governments, departments and organizations, significant gaps in programming, and how best to maximize the effective use of available resources?

2.3 SENIORS

Experts in the field contend that, with the rapid growth of the aging population, there will be an unprecedented demand on the system's current capacity to address seniors' mental health needs. Depression, dementia, delusional disorders and delirium are the most common mental illnesses among senior Canadians. The incidence of mental disorders in seniors in long term care settings and nursing homes is much higher than in the general population. The incidence of suicide among men 80 years of age or older is the highest of all age groups.[18]

Seniors with mental illness and addiction are a particularly vulnerable segment of the population with unique health needs.

Seniors with mental illness and addiction are a particularly vulnerable segment of the population with unique health needs. Many seniors mistakenly believe that mental health problems, such as depression or cognitive impairment, are part of the normal aging process and that no effective treatments are available. Mental illnesses in seniors may be confused or masked by other co-morbidity and concurrent disorders that can make accurate diagnosis and treatment of mental illness particularly difficult.

This raises the question as to whether the curriculum in faculties of medicine and nursing schools should be revised so as to provide additional education and training in the mental health needs of seniors.

All this highlights the need for health care providers who are specialized in the care of seniors with mental health disorders, including those who reside in institutional settings. This raises the question as to whether the curriculum in faculties of medicine and nursing schools should be revised so as to provide additional education and training in the mental health needs of seniors.

Are there particular issues that impede the coordination and integration of needed services and supports needed by seniors?

The Committee was told that current service delivery models do not meet the complex and ever changing mental health needs of seniors. Again, the lack of coordination among service providers compounds effective approaches to more appropriate and effective assessment, treatment and prevention of mental illness. Are there particular issues that impede the coordination and integration of needed services and supports needed by seniors?

There is limited published research specifically addressing best practices in mental health for seniors and the pressing need for the development of sophisticated, feasible, validated best practice guidelines to guide professionals who must manage simultaneously multiple mental illnesses together with physical problems in aging Canadians. Who should take responsibility for developing these best practices guidelines?

---

[18] First Report, Chapter 5, Section 5.1.3.

There is also a need to provide a coordinated range of supports to the family caregivers of seniors with mental disorders; the economic value of those support services is enormous. Currently, the support provided to family caregivers is very limited, usually insufficient to be of much help and is geared primarily to the needs of the affected family member, not to the needs of the caregiver.

What could the federal government do to alleviate the burden that now falls on the shoulders of thousands of family caregivers? What support services do caregivers need? Should the federal government consider adjusting the Canada Pension Plan, the Employment Insurance program and the Canada Labour Code to accommodate the needs of individuals who leave the workforce to provide care to a parent suffering from severe mental illness? How much would such changes cost? Are the current federal tax provisions adequate to compensate informal caregivers for the time and resources they provide?

What could the federal government do to alleviate the burden that now falls on the shoulders of thousands of family caregivers?

Similarly, what are the needs of elderly parents who are the primary caregivers of adult children with mental illness and addiction? What type of support (financial, respite) do these senior caregivers need?

What are the needs of elderly parents who are the primary caregivers of adult children with mental illness and addiction?

2.4 INDIVIDUALS WITH COMPLEX NEEDS

Canadians with complex mental health needs include individuals suffering from concurrent disorders (mental illness and addiction) and dual diagnosis (mental illness and developmental disability), as well as some homeless people and some inmates. Systematic approaches and effective assessment tools to identify better this population are lacking and, because they are often inappropriately identified, many individuals fail to receive proper care.

Those with concurrent disorders and dual diagnosis need help and services from several sectors – mental health, addiction, health care, education, and social services. Again, it is essential to integrate mental health services with addiction treatment services as well as the developmental and mental health sectors. The Committee is anxious to obtain the opinion of Canadians on the set of issues and options related to concurrent disorders and dual diagnosis that need to be addressed.

The Committee is anxious to obtain the opinion of Canadians on the set of issues and options related to concurrent disorders and dual diagnosis that need to be addressed.

Mental illnesses and substance use disorders are more prevalent among homeless people and inmates than in the general population; their prevalence among these segments of the Canadian population is growing. Improving access to the

With respect to the specific mental health needs of homeless individuals, we would like to hear Canadians' views on the issues and options that need to be addressed.

services and supports these individuals need requires inter-jurisdictional collaboration.

The Committee addresses the issues and options related to the mental health needs of federal inmates in Chapter 7 of this report. With respect to the specific mental health needs of homeless individuals, we would like to hear Canadians' views on the issues and options that need to be addressed. For example, what role can the federal government play in the context of the National Homelessness Initiative?

CHAPTER 3: THE WORKPLACE

Two main factors make mental illness and addiction a critical workplace issue. First, mental disorders usually strike younger workers and second, many mental illnesses are both chronic and cyclical in nature, requiring treatment on and off for many years. Given the economic costs associated with these disorders – primarily those of absenteeism and lost productivity – it is essential that employers and governments join forces to address this issue on an urgent basis.

3.1 EMPLOYERS

Employers can play a vital role in dealing with mental illness and addiction among workers, in terms of disability management, accommodation policy and return-to-work programs.

Employers can play a vital role in dealing with mental illness and addiction among workers, in terms of disability management, accommodation policy and return-to-work programs. The global economy, in which information and innovation have become the keys to competitive success, requires skilled, motivated, reliable workers. Human capital – the motivation, knowledge, perspective, judgement, the ability to communicate, share ideas and to make and maintain strong relationships – drives competitiveness in the global economy.[19]

With respect to employer-sponsored disability insurance plans, the Committee is concerned with three specific issues. First, all corporations should conduct a review of their short-term and long-term disability claims in order to assess the prevalence of mental illness and addiction in their organizations. Second, employers should review the type and extent of disability coverage offered and their effect on the duration of claims in order to design optimally effective employer-sponsored disability insurance plan. And third, employers, managers and insurers must become more knowledgeable about mental illness and addiction.[20]

Large employers usually sponsor employee assistance programs (EAPs) which pay for (usually a limited number of) counselling sessions for their workers. EAP programs are designed to assist the employee in dealing with a variety of workplace problems. The Committee was told that EAPs need revision to address better the needs of employees dealing with mental illness and addiction; most do not provide sufficient therapeutic sessions to address mental illness and addiction effectively.[21]

The Committee was also told that employers need to take steps to accommodate individuals with mental illness and addiction in their workplaces. Such accommodation refers to "any

[19] First Report, Chapter 6, Section 6.5.
[20] First Report, Chapter 6, Section 6.4.1.
[21] First Report, Chapter 6, Section 6.5.1.

modification of the workplace, or the workplace procedures, that make it possible for a person with special needs to do a job." Permitting someone with a mental disorder to work flexible hours, for example, provides access to employment as a ramp does for an individual in a wheelchair. The needs of an employee returning to work following a bout of mental illness may be quite different from those of an employee returning after back surgery. Existing return-to-work arrangements should be reviewed and revised to address those different needs.[22]

An organization's internal culture can make a huge difference to how mental illness and addiction are approached in the workplace. How can employers help to enhance the level of awareness about mental illness and addiction throughout their organizations? Perhaps more importantly, what can be done to enhance the knowledge of employers and managers about mental illness and addiction and their ability to help employees living with these disorders?

What can be done to enhance the knowledge of employers and managers about mental illness and addiction and their ability to help employees living with these disorders?

The Committee was informed that employers in some companies and institutions – such as Alcan Inc., the Canadian Imperial Bank of Commerce and Dofasco Inc. to name a few – are devoting more attention to mental health and addiction problems in the workplace with great success. Are there other success stories the Committee should hear about? What should be done to increase awareness about these company leaders' knowledge and experience?

Many Canadians have supplementary employer-sponsored health care insurance that covers an element of mental health care. How adequate are the levels of coverage in private health care insurance plans? Do they need to be expanded and, if so, in what areas of mental health is the expansion most needed? What specific changes in policy are required to ensure that disability insurance is not a disincentive for someone affected by mental illness or addiction to return to work? What would motivate employers best to devote more attention to improving access to treatment and rehabilitation services for workers through their EAPs?

What would motivate employers best to devote more attention to improving access to treatment and rehabilitation services for workers through their EAPs?

How can employers most effectively provide work flexibility and otherwise accommodate employees who suffer from a mental disorder? What steps should they take to remedy workplace situations that impact detrimentally on all employees, and especially on those affected by mental illness and addiction?

Are there specific suggestions/ideas for policies that would encourage businesses to employ individuals with mental illness and addiction, even if only on a part-time basis? In particular, are there programs that could be targeted specifically to adolescents disadvantaged by having

---

[22] First Report, Chapter 6, Section 6.5.2.

little education and no specific skill sets in addition to their mental illness that would enable them to get a job?

The Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health has proposed a twelve-step program to defeat mental illness and addiction at work.[23] What is the evidence that this program works? If it does work well, what can governments do to encourage companies to adopt it? Should the federal government, in conjunction with the Roundtable, establish a joint working group to encourage its adoption?

Are there programs that could be targeted specifically to adolescents disadvantaged by having little education and no specific skill sets in addition to their mental illness that would enable them to get a job?

3.2 WORKERS' COMPENSATION BOARDS

In all provinces and territories, Workers' Compensation Boards (WCBs) receive an increasing number of claims related to mental health related (referred to as "occupational stress"); in a growing number of cases, they have provided compensation for such claims. A major issue raised with respect to compensation under WCBs concerns the fact that it is more difficult to prove the genesis of a mental disorder than it is of a physical illness. As a result, some WCBs are reluctant to provide mental health related disability benefits. They and affected workers are left to wrestle with the question of the extent to which disability benefits related to mental disorders should be paid for by worker's compensation versus health care insurance.[24] How can uniformity be achieved among the various WCBs in relation to mental illness and addiction? Should WCBs' policies with respect to mental health related claims be reviewed and by whom? What role should the Association of Workers' Compensation Boards of Canada play in bringing a national perspective to needed research and harmonization of benefit provisions?

How can uniformity be achieved among the various WCBs in relation to mental illness and addiction? Should WCBs' policies with respect to mental health related claims be reviewed and by whom?

3.3 FEDERAL INCOME SECURITY PROGRAMS

The Committee was told about the need to review the Canada Pension Plan Disability Program (CPP(D)) and the Employment Insurance (EI) program in order to take into account the unpredictable and frequently cyclical nature of mental disorders.[25]

With respect to CPP(D), some individuals with mental disorders may not be eligible because of an insufficiently long employment history (contributions must have been paid in four out of the last six years). The Committee was advised that applicants must accept the designation of "permanently unemployable" to qualify for CPP(D) disability benefits. Many

[23] First Report, Chapter 6, Table 6.3.
[24] First Report, Chapter 6, Section 6.4.2.
[25] First Report, Chapter 6, Section 6.4.3.

individuals with mental disorders can work, but often only on a part-time basis. In addition, over 66% of individuals with mental illness and addiction are denied their initial application for eligibility and two-thirds of them do not appeal or re-apply.

Should the federal government change the CPP(D) in order to provide partial or reduced rather than full benefits to enable individuals with mental disorders to retain a portion of their benefits while still working part-time? Should CPP(D) staff members receive training to increase their awareness of mental illness and addiction? What other changes are needed so that CPP(D) can deal more equitably with workers suffering from mental illness and addiction?

Should the federal government change the CPP(D) in order to provide partial or reduced rather than full benefits to enable individuals with mental disorders to retain a portion of their benefits while still working part-time?

With respect to EI, employees who are dismissed because of "misconduct" or quit "without just cause" are not eligible for EI benefits. Due to the associated stigma, individuals with mental illness in the workplace often conceal their illness. When they experience difficulty on the job, they may be fired or may quit under the influence of their illness, but are not in a position to claim EI benefits because they have not disclosed their illness previously. Also, when a person applies for EI sickness benefits, he/she is required to obtain a medical certificate indicating how long the illness is expected to last. The unpredictable nature of mental illness makes it difficult to provide this kind of medical information.

What changes should be made to EI with respect to the way the program serves individuals with mental illness and addiction? For example, should individuals subsequent to leaving employment be found to be affected by mental illness and addiction be exempted from the requirement to fulfill the total number of insurable hours now required for eligibility? What other possible changes should the federal government consider?

What changes should be made to EI with respect to the way the program serves individuals with mental illness and addiction?

Some have suggested to the Committee that the federal government should find ways to share more equitably with employers the costs associated with mental illness and addiction in the workplace.[26] What mechanisms could be used to develop the basis of such cost sharing and to implement it?

3.4 THE FEDERAL GOVERNMENT AS AN EMPLOYER

The federal government is a major employer. In its role as the employer of the federal public service, Treasury Board oversees the health care benefits available to public servants under the Public Service Health Care Plan and the Disability Insurance Plan. These assure a reasonable level of income during periods of long term physical or mental disability. In

[26] First Report, Chapter 6, Section 6.6.

addition, Health Canada is mandated to provide occupational health and safety services to federal employees, including Employee Assistance Programs.[27]

The Committee invites the views of federal employees and their representatives on the quality and effectiveness of federal efforts in promoting mental health and preventing mental disability among public servants.

How effective is the federal government as an employer in accommodating individuals with mental illness and addition? How good are its return-to-work policies? What needs to be improved so that the federal government can lead by example in its role of employer?

How effective is the federal government as an employer in accommodating individuals with mental illness and addition? What needs to be improved so that the federal government can lead by example in its role of employer?

[27] First Report, Chapter 9, Sections 9.2.9 and 9.2.10.

4.1 COMBATING STIGMA AND DISCRIMINATION

The Committee considers the problem of the stigmatization of, and discrimination against, individuals with mental illness and addiction to be of enormous importance.

Stigmatization and discrimination affect individuals with mental illness and addiction in many ways. They are routinely excluded from social life and can even be denied a variety of civil rights others take for granted. They are often denied basic rights in housing, employment, income, insurance, higher education, criminal justice, and parenting.

Individuals with mental illness and addiction also face discrimination and rejection by service providers both in the mental health system and the broader health care system and discrimination by policy makers and the media. For many individuals with mental illness and addiction, the stigmatization and discrimination they confront can be as important a source of distress as the disorder itself.[28]

For many individuals with mental illness and addiction, the stigmatization and discrimination they confront can be as important a source of distress as the disorder itself.

Because the stigma of mental illness is the cause of much of the distress individuals with mental illness and addiction experience in their daily lives, should it be more bluntly described for what it really is – discrimination – rather than stigma? Surely it is discrimination when someone with a mental illness is systematically treated differently from someone who is not affected by a mental illness. Has the word stigma become a polite linguistic way of justifying discrimination?

Has the word stigma become a polite linguistic way of justifying discrimination?

The Committee has had considerable discussion of how best to reduce stigmatization and combat discrimination. Doing so requires a multi-pronged effort sustained over a long period of time and includes: ongoing community-based education and action, media campaigns, and forums of exchange between affected individuals and other Canadians to enhance public awareness, and professional awareness campaigns to reduce structural discrimination in the health care system and in the mental health system itself.[29]

Several witnesses stressed the importance of developing a national anti-stigma strategy. Its adoption would indicate to Canadians that the federal, provincial and territorial governments attach equal importance to fostering mental health as they do to promoting the physical health of the population.

---

[28] First Report, Chapter 3, Section 3.3.
[29] First Report, Chapter 3, Section 3.4.

Importantly, several witnesses stressed the importance of developing a national anti-stigma strategy. The Committee was told that such a strategy would focus powerfully public attention on mental health and addiction issues. Its adoption would indicate to Canadians that the federal, provincial and territorial governments attach equal importance to fostering mental health as they do to promoting the physical health of the population.[30] At the same time, many witnesses noted that it is important to carefully target anti-stigma efforts and that the evidence indicates that overly general campaigns do not yield the desired results.

The Committee's review of mental health promotion initiatives in other countries pointed out that successful public awareness campaigns to combat stigma and discrimination require sustained funding, long term planning and ongoing evaluations. In addition, such campaigns, notably in Australia and New Zealand, seem to benefit from being tailored to a variety of circumstances, population groups and communities. Our international review also underscores the need from the outset for widespread consultation among the various levels of government, providers, NGOs and, most importantly, affected individuals themselves and their families.[31]

In addition to a campaign by governments, is there also a role for the media in trying to change Canadians' attitudes towards individuals with mental illness and addiction? If so, what should that role be? Are there public awareness strategies that have been particularly successful in Canada to reduce stigma and discrimination (such as the Canadian Strategy on HIV/AIDS) from which lessons could be learned?

Is there also a role for the media in trying to change Canadians' attitudes towards individuals with mental illness and addiction?

The Committee was also told that the most effective strategy for combating stigma and discrimination was to increase the amount of contact with individuals living with mental illness and addiction. In this regard, we learned that the United Kingdom established an Ambassador Bureau composed of more than forty individuals with mental illness and addiction who were trained to speak to the media and employers about their experiences.[32] It was successful in giving the anti-stigma campaign a personal and very human face. Should Canada establish a similar group?

The United Kingdom established an Ambassador Bureau composed of more than forty individuals with mental illness and addiction who were trained to speak to the media and employers about their experiences.[1] Should Canada establish a similar group?

Similarly, in Australia, a national mental health strategy was undertaken in journalism schools to teach journalists how to report in ways that do not stigmatize individuals with mental disorders and encourage the media to promote positive messages about mental health.[33] Should the federal government, working jointly with the media, develop a similar strategy in Canada? How much would it cost and how should it be funded?

---

[30] First Report, Chapter 3, Section 3.4.1.
[31] Second Report, Chapter 5, Section 5.5.
[32] Second Report, Chapter 3, Section 3.4.1.
[33] Second Report, Chapter 1, Section 1.5.

Finally, there is need to increase the awareness among health care professionals about mental illness and addiction. Mental health care providers and addiction workers themselves are not immune from the influence of stigmatization of their patients/clients. How prevalent is this form of stigmatization? Should the curriculum in faculties of medicine and nursing schools be revised so as to provide additional education and training on mental illness and addiction? Is this an area of provincial responsibility, or can the federal government play a role? What other measures can be targeted at health care workers in order to reduce discrimination?

More generally, what can governments do to increase everybody's awareness that mental health is as important as physical health to the well-being of Canadians and that, as a corollary, the delivery of services and supports for mental illness and addiction is as critical as is the provision of health services for physical conditions?

More generally, what can governments do to increase everybody's awareness that mental health is as important as physical health to the well-being of Canadians and that, as a corollary, the delivery of services and supports for mental illness and addiction is as critical as is the provision of health services for physical conditions?

4.2 SUICIDE PREVENTION

Every year, some 3,700 Canadians commit suicide. It is the leading cause of death for men aged 25 to 29 and for women aged 30 to 34. In addition, a large number of other Canadians attempt suicide each year. In 2002, about 4% of Canadians aged 15 years and over had suicidal thoughts.[34]

In its first report, the Committee noted that, while not itself defined as a mental disorder, suicidal behaviour is highly correlated to mental illness and addiction; more than 90% of suicide victims have a diagnosable mental illness or substance use disorder. Suicide is the most common cause of premature death of individuals with schizophrenia and accounts for 15% to 25% of all deaths among individuals with severe mood disorders. Addiction often predisposes an individual to suicidal behaviour by intensifying a depressive mood swing and by reducing self-control.[35]

Unlike Australia, Finland, France, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, the United Kingdom and the United States, Canada does not have a national suicide prevention strategy. According to the Centre for Suicide Prevention, only two provinces – New Brunswick and Québec – have implemented suicide-specific prevention strategies. Many would like the federal government to work with the provinces/territories and relevant stakeholders in the development of a national strategy.

Unlike Australia, Finland, France, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, the United Kingdom and the United States, Canada does not have a national suicide prevention strategy.

A number of programs and activities could be included in a national suicide prevention strategy, namely:

---

[34] First Report, Chapter 5, Section 5.2.

[35] First Report, Chapter 4, Section 4.5.

- Public awareness campaigns to address the stigma associated with suicidal behaviour.
- Population health strategies to address the determinants of health, including housing, income security, education, employment and community attitudes towards those affected by mental illness and addiction.
- Prevention programs for adolescents, for individuals at high risk of suicidal behaviour, and for families in which a member has attempted or committed suicide.
- Equitable access to co-ordinated, integrated services, including crisis counselling by telephone and the treatment of mental illness and addiction.
- Measures to reduce access to lethal means of suicide, particularly firearms, medication and dangerous bridges and other sites.
- Training of service providers and educators in the early identification of suicidal behaviour and crisis management.
- Research and evaluation to inform the development of effective suicide prevention programs and to evaluate the effectiveness of health and social services in preventing suicide.

Who among the federal, provincial, territorial governments, and nongovernmental organizations should be involved in the development of a national suicide prevention strategy? What should be its specific goals and objectives? What programs and activities should be part of a national suicide prevention strategy? How much would it cost and how should it be funded? Should there be a single national strategy, or should each level of government establish its own?

Who among the federal, provincial, territorial governments, and nongovernmental organizations should be involved in the development of a national suicide prevention strategy? What should be its specific goals and objectives? What programs and activities should be part of a national suicide prevention strategy?

CHAPTER 5: HUMAN RESOURCES

Professionals of many kinds are involved in the provision of mental health services and supports and addiction treatment. They include primary health care physicians, psychiatrists, addiction specialists, psychologists, registered psychiatric nurses, social workers, nurse practitioners, occupational therapists, case managers, addiction counsellors, special care educators, etc. The Committee was told that, as in other areas in the health care system, there are critical shortages of providers. The geographic mal-distribution of mental health and addiction professionals is also of concern.[36] Other countries face similar human resource challenges in the field of mental illness and addiction.[37] The Committee was also informed about a critical need to reform the primary health care sector with the view to improving people's access to mental health services and to expanding shared mental health care initiatives across the country.

As in other areas in the health care system, there are critical shortages of providers in the field of mental illness and addiction.

5.1 SUPPLY OF MENTAL HEALTH AND ADDICTION HUMAN RESOURCES

Although the Committee heard repeatedly about shortages of providers,[38] there is currently no national database that provides even a rough, much less a detailed, breakdown of the supply of human resources in the field of mental illness and addiction. At present, it is unclear if there actually is a shortage of mental health/addiction service providers in Canada and, if so, how serious it is. This is another example of how poor the state of health information generally is in Canada.

Are there specific categories of providers which are in particularly short supply? Have some provinces been more successful than others in addressing the perceived shortages of professionals practising in the field of mental illness and addiction?

This lack of information creates very serious obstacles to the appropriate planning of mental health and addiction human resources, notably the implementation of a national human resource strategy in the field of mental health, mental illness and addiction.[39]

How can credible, realistic estimates be made of the human resources currently at work and required in a restructured mental health/addiction system? What role should the federal government play in helping the provinces and territories to ensure an appropriate supply of professionals in this field throughout the country? How can the federal government get

[36] First report, Chapter 8, Section 8.2.5.

[37] Second Report, Sections 1.3.2, 2.3.2, 3.3.1, 4.3,1, 4.3.2 and 4.3.3.

[38] First Report, Chapter 8, Section 8.2.5.

[39] *Ibid.*

involved in human resource planning in the mental health/addiction sector without encroaching on provincial/territorial jurisdiction?

What elements should such a national human resource strategy encompass (planning, training, review of scope of practices, etc.)? What programs and incentives should be put in place to encourage people to become engaged in mental health and addiction services? The Committee invites views on the challenges and opportunities to develop and implement a human resource strategy.

The objective of a human resource strategy should be to ensure that the right skills and services are delivered in a culturally appropriate manner by the right person at the right time. How could we expand and enhance the education and training for mental health and addiction professionals and workers to meet the objective of providing culturally appropriate services?

What role should the federal government play in helping the provinces and territories to ensure an appropriate supply of professionals in this field throughout the country?

It is obvious that the current geographic mal-distribution of mental health and addiction professionals leads to reduced access to necessary services and supports in Canada's rural and remote regions.[40] How could such under-service be alleviated? The Committee wants to hear Canadians' views on the types of incentives that could be put in place to address the shortages of mental health and addiction personnel in rural and remote areas.

It is obvious that the current geographic mal-distribution of mental health and addiction professionals leads to reduced access to necessary services and supports in Canada's rural and remote regions. How could such under-service be alleviated?

5.2 PRIMARY HEALTH CARE SECTOR

The primary health care sector is usually the first point of contact with the health care system for individuals affected by disease and injuries of all kinds, including mental illness and addiction. Yet, the Committee has been told that primary health care providers may lack sufficient knowledge, skills and financial incentives to meet the needs of patients with mental illness and addiction, to accurately screen for mental disorders, and/or to help patients navigate the appropriate referral pathways to access more specialized mental health and addiction services.[41] If primary health care providers are to be the primary gatekeepers for a patient's entry into treatment for mental illness and addiction, what needs to be done to improve mental health care at the primary care level? How can this be achieved, given the current major shortage of family physicians, nurses and other health care professionals in Canada?

If primary health care providers are to be the primary gatekeepers for a patient's entry into treatment for mental illness and addiction, what needs to be done to improve mental health care at the primary care level?

[40] First Report, Chapter 8, Section 8.2.3.
[41] First Report,Chapter 8, Sectio 8.2.4.

There is a need to increase awareness about mental illness and addiction among health care professionals. How much training in the field of mental illness and addiction should family physicians, nurse practitioners and other health care professionals receive while in medical and nursing schools? Should the curricula in nursing schools and faculties of medicine be revised so as to provide additional education and training on mental illness and addiction?

Some recommended to the Committee that medical billing schedules be modified so as to provide an incentive to family physicians to devote more time to individuals with mental illness and addiction when they need it.[42] This has been done in Alberta and Québec, following the initiation of such a program in Australia three years ago with great success. Family physicians who must take extra time to address the specific needs of individuals affected by mental disorders should have their fee-for-service rates adjusted to provide appropriate compensation.[43] Should such a program be started in provinces where there has not yet been such an adjustment to the fee schedule?

Another recommendation to the Committee called for the development of more shared mental health care initiatives across the country. This refers to collaborative work between primary health care providers and psychiatrists. Some such shared mental health care initiatives have a strong clinical focus and integrate mental health services within primary health care settings. The Committee was told that the federal government could play a major role in ensuring that successful shared mental health care initiatives continue to receive funding and that best practice models be implemented and incorporated in permanent programs and policies in all provinces and territories.[44]

Many provinces are in the process of reforming their primary health care sector. How can collaborative working relationships between primary health care providers and mental health professionals be encouraged? For example, should psychiatrists function as consultants to, or as members of, multidisciplinary primary health care teams? What specialized and/or institutionally-based mental health and addiction services could be relocated effectively to primary health care settings? What are the major barriers to implementing shared mental health care? What are the financial barriers? Do current scope of practice rules need to be changed to accommodate shared mental health care? In its current support to primary health care reform, should the federal government explicitly encourage shared mental health care? How much funding would be necessary to implement more broadly this approach?

How can collaborative working relationships between primary health care providers and mental health professionals be encouraged?

How can psychologists and social workers be made a part of a team of mental health service providers? Where would the money come from to pay for their services,

How can psychologists and social workers be made a part of a team of mental health service providers?

---

[42] *Ibid.*

[43] Second Report, Section 10.3.2.

[44] First Report, Chapter 8, Section 8.2.4.

given that they are not members of the medical profession with billing privileges under the *Canada Health Act* and therefore their services are not covered under Canada's publicly funded health care insurance system?

5.3 COMMUNITY SUPPORT WORKERS AND POLICE OFFICERS

A wide range of workers provide community supports to individuals with mental illness and addiction. These workers are members and/or employees of various nongovernmental organizations as well as of numerous social agencies (welfare, income support, employment, etc.).

Five years ago, New Zealand implemented a training program to provide formal certification to community mental health support workers.[1] What types of training are currently available to, and required of, a community mental health support worker in Canada?

Five years ago, New Zealand implemented a training program to provide formal certification to community mental health support workers.[45] What types of training are currently available to, and required of, a community mental health support worker in Canada? Should there be more uniformity in the training and education of community mental health support workers? Should training programs similar to that provided in New Zealand be developed? If so, what institutions should provide that training? Should provincial/national licensing bodies comparable to those of the self-regulating health professions be charged with regulating such workers? Should the federal government provide specific financial support to help launch a training program?

What should be done to improve the training of police officers to enable them to deal more effectively with individuals with mental illness and addiction? How can we increase the safety of those involved in the intervention and help to ensure that law enforcement officers use the least amount of force when apprehending someone who is experiencing a mental health crisis?

The Committee is also aware that, increasingly, it is often the police officer who first comes into contact with persons in the midst of a mental health crisis rather than health care agencies or providers. Oftentimes, individuals with severe mental disorders have nowhere to go when experiencing a crisis. When there is a crisis, police officers are the ones who are called to intervene. We were told, however, that law enforcement officers often lack the training and policy guidance on how to intervene when someone is in the midst of a mental health crisis. What should be done to improve the training of police officers to enable them to deal more effectively with individuals with mental illness and addiction? How can we increase the safety of those involved in the intervention and help to ensure that law enforcement officers use the least amount of force when apprehending someone who is experiencing a mental health crisis?

---

[45] Second Report, Chapter 2, Section 2.3.2.

5.4 SUPPORTING CAREGIVERS

Families are often the principal resource and the sole support available to individuals with mental illness and addiction. Because of the limited resources available in the health care system and the community, it is parents who house, care, supervise and provide financial assistance to their affected children.

> **Do families living with someone affected by mental illness or addiction have adequate access to the resources they need to help their loved ones?**

Several studies have shown that this situation can be a source of enormous tension and emotional stress as well as financial strain for those close to individuals affected by mental illness and addiction. Do families living with someone affected by mental illness or addiction have adequate access to the resources they need to help their loved ones? Are families adequately equipped to deal with their relatives affected by mental illness and addiction?

Families are an integral part of the care provided to individuals with mental illness and addiction. They are benevolent and effective allies in limiting the pain and suffering their relatives are living with. Should family caregivers be more involved in the care and treatment of the affected members? How and in what form should we encourage their participation in the formal mental health/addiction system?

CHAPTER 6:
NATIONAL INFORMATION DATABASE, RESEARCH AND TECHNOLOGY

The Committee believes strongly that excellence in mental health services and addiction treatment depends on a strong commitment to developing a national information database, fostering research on how to manage health information generally and that related to mental health and addiction in particular, and to using information and communications technology appropriately. This would greatly help to inform and guide decisions, the setting of policies and priorities, and improve outcomes for individuals with mental illness and addiction.

6.1 CANADIAN COMMUNITY HEALTH SURVEY

The 2002 Canadian Community Health Survey (CCHS), Cycle 1.2 on Mental Health and Well-Being, carried out by Statistics Canada, provided for the first time prevalence rates for some mental illnesses, substance use disorders, suicidal ideation, and pathological gambling. It did not, however, cover the wide range of anxiety and affective mood disorders as did the National Survey of Mental Health and Well-Being undertaken in Australia in 1997. The Australian survey also distinguished between the harmful use of, and dependence on, alcohol and drugs, and permitted an assessment of both concurrent disorders and co-morbidity. The Australian government also plans a survey to assess the prevalence rates of mental disorders among children and adolescents as well as a survey of psychotic disorders of lower prevalence, such as schizophrenia.[46]

The CCHS survey should be repeated on a regular basis and its base should be expanded to cover a wider range of mental disorders, age groups and population sub-groups. Canada does not currently collect data on an ongoing basis on the prevalence of mental illness and addiction among Aboriginal peoples, homeless peoples and the prison population – groups that appear to be at higher risk for mental disorders than the general population.[47]

The CCHS survey should be repeated on a regular basis and its base should be expanded to cover a wider range of mental disorders, age groups and population sub-groups.

Should Statistics Canada undertake a survey of children and adolescents as will be done in Australia? Should Statistics Canada be asked to expand its next Canadian Community Health Survey to include, as the Australia survey does, questions which enable an assessment of both concurrent disorders and co-morbidity? What can be done to improve the information available on the prevalence of mental disorders among Aboriginal peoples, homeless people and the prison population? With what frequency should the CCHS be undertaken? Should we share our survey methodology with other countries to allow meaningful international comparisons?

What can be done to improve the information available on the prevalence of mental disorders among Aboriginal peoples, homeless people and the prison population?

[46] First Report, Chapter 5, Section 5.1 and 5.2.
[47] First Report, Chapter 5, Section 5.3.

6.2 NATIONAL INFORMATION DATABASE

Canada currently lacks a national information base on the prevalence of mental illness and addiction. We also lack the information system required to measure the mental health status of Canadians and to evaluate policies, programs and services in the fields to mental health, mental illness and addiction.

Canada currently lacks a national information base on the prevalence of mental illness and addiction. We also lack the information system required to measure the mental health status of Canadians and to evaluate policies, programs and services in the fields to mental health, mental illness and addiction. This is a major impediment to determining the level of mental health services and addiction treatments that the provinces/territories and the country need, and the quality of services currently provided.

The Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health is advocating the development of a national information system for mental health, mental illness and addiction characterized by a dynamic collaboration among all levels of government and all stakeholders ranging from individuals with mental illness and addiction to data collectors. Several databases, including those provided by an expanded CCHS survey, could be used to lay the base of such an information system. This basic system could be expanded over time into a well-organized database which could be used by policy makers and researchers both inside and outside of government with the addition of new indicators and new sources of data.

Who should take the lead in facilitating the development of such a national information database system?

Who should take the lead in facilitating the development of such a national information database system? What role should Statistics Canada, Health Canada, the Canadian Institute for Health Information and the Canadian Institutes of Health Research and provincial/territorial governments play in the establishment and maintenance of the system? Are there countries or provinces/territories that could be considered as a potential model for the development of a nationwide database? How much funding would be necessary to establish a comprehensive, well-managed national information database system for mental health, mental illness and addiction?

6.3 RESEARCH

6.3.1 Level of Funding

The Canadian Institutes of Health Research (CIHR), through its Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction (INMHA), is the primary federal funding agency for research into mental health, mental illness and addiction. For the 2003-2004 fiscal year, CIHR has allocated $93 million to INMHA from its total base budget of $623 million. Some $33

million from the INMHA budget goes to mental health and addiction research, or 5.3% of the total envelope of CIHR health research funding.[48]

Several witnesses presented the view that the proportion of health research dollars allocated to mental health, mental illness and addiction is too small. They claimed that the funding dedicated to research into mental health, mental illness and addiction does not reflect the burden of mental illness and substance use disorders on the Canadian economy. Estimates suggest that if funding were to be provided in relation to the economic burden of disease, then CIHR's support for mental illness and addiction would have to increase from its current base of $33 million to at least $80 million per year. The Committee was also told that CIHR's proportional investment in mental health, mental illness and addiction (5.3%) is relatively low in comparison to other countries (6.5% in the United Kingdom and 10% in the United States).[49]

The funding dedicated to research into mental health, mental illness and addiction does not reflect the burden of mental illness and substance use disorders on the Canadian economy. Estimates suggest that if funding were to be provided in relation to the economic burden of disease, then CIHR's support for mental illness and addiction would have to increase from its current base of $33 million to at least $80 million per year.

What measure should be used to determine the appropriateness of the proportion of research funds spent on research into any given disease? Should it be prevalence rates, morbidity and mortality, disability, or the economic burden associated with the disease? Is such an approach to measurement appropriate at all? What should be the role, if any, of international comparisons? Should research funding be decided solely or predominantly on the basis of merit and promise among all applications submitted to the granting agency concerned? Or, should it be determined after consideration of a combination of all of the measures and factors referred to above?

If more funding is required for INMHA, where should it come from – a reallocation within CIHR's budget or an increase in INMHA's total budget? Should a dedicated fund be established to support research into mental health, mental illness and addiction? Should a new institute dedicated to mental health, mental illness and addiction be created by CIHR and, if so, how should it relate to INMHA? The Committee welcomes opinions and suggestions on the options to increase federal funding for research into mental health, mental illness and addiction.

If more funding is required for INMHA, where should it come from – a reallocation within CIHR's budget or an increase in INMHA's total budget?

Other research funding questions include: is the research funding from provincial governments sufficient? What about the level of research funding from mental health organizations? Are pharmaceutical companies investing sufficient funds in this area?

---

[48] First Report, Chapter 10, Section 10.1.
[49] First Report, Chapter 10, Section 10.2.

6.3.2 Knowledge Translation

The Committee has also considered the issue of knowledge translation – bringing the outcomes of research to the provider/institution/community where services and supports are delivered. All too frequently, published research discoveries in mental health, mental illness and addiction (medications, psychotherapies, etc.) remain with researchers in their laboratories and have too limited an impact on service delivery and patients' outcomes.

All too frequently, published research discoveries in mental health, mental illness and addiction (medications, psychotherapies, etc.) remain with researchers in their laboratories and have too limited an impact on service delivery and patients' outcomes.

This situation is not unique to Canada. In the United States, a report estimated that there is a 15 to 20 year lag between discovering effective forms of treatment (medications, therapies, new ways of delivering care, etc.) and incorporating them routinely into patient care. The same report also showed that when discoveries become routinely applied at the community level, actual clinical practices remain highly variable and are often inconsistent with the treatment model shown to be most efficacious.[50] At the same time, the Committee was told that, in the United Kingdom, the National Institute for Mental Health in England (NIMHE) has played an important role in making the most advanced research available to mental health providers on the ground.[51]

What are the reasons behind the resistance to adopting evidence-based state-of-the-art medications and therapies? How can this resistance be overcome?

What are the reasons behind the resistance to adopting evidence-based state-of-the-art medications and therapies? How can this resistance be overcome?

What incentives will work to encourage the early and universal adoption of new beneficial evidence-based research results by mental health and addiction service providers?

What incentives will work to encourage the early and universal adoption of new beneficial evidence-based research results by mental health and addiction service providers? Should the federal government put in place an innovation fund to encourage innovation in service delivery and accelerate the adoption of research results in the mental health/addiction system? How big should this fund be? What conditions should be attached to projects supported by the fund?

Should the federal government consider the possibility of establishing a body similar to NIMHE in the United Kingdom in order to facilitate knowledge translation? Or, should this task be the responsibility of CIHR's Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction (INMHA)? If so, what can be done to enhance INMHA's capacity to bring the outcomes of research into practice settings?

The Committee welcomes the views of readers on ways that could accelerate the application of research results with beneficial impacts on treating patients in mental health, mental illness and addiction.

---

[50] First Report, Chapter 10, Section 10.4.

[51] Second Report, Chapter 3, Section 3.6.

6.3.3 Research Involving Human Subjects

As mentioned in the first report, there has been an acceleration of clinical research into mental illness and addiction in the last two decades that has produced significant advances in treatment. Much of this important research requires the participation of research subjects who suffer from mental disorders themselves.[52]

While all subjects of clinical research are vulnerable to some degree, the vulnerability of individuals participating in clinical mental illness/addiction research is of particular concern because such disorders, particularly if they affect cognition or are severe, often impair their decision-making capacity.

Special precautions are needed in research involving individuals with mental illness and addiction. While all subjects of clinical research are vulnerable to some degree, the vulnerability of individuals participating in clinical mental illness/addiction research is of particular concern because such disorders, particularly if they affect cognition or are severe, often impair their decision-making capacity. The capacity to give a valid consent is, of course, an essential condition for research involving human subjects. Therefore, keen vigilance must be applied when assessing the decision-making capacity of potential subjects and when determining and informing alternative decision-makers for the patient, especially when participation in a study may not directly benefit the patient/subject concerned.[53]

Are the guidelines currently governing the conduct of research involving human subjects adequate to protect the special vulnerabilities of individuals with mental illness and addiction? Are the safeguards applied with sufficient stringency in clinical trials conducted outside teaching centres?

Recognizing the particular vulnerability of individuals participating in clinical mental illness/addiction, the Committee attaches paramount importance to the protection of the rights and well-being of those who participate as research subjects. Research advances should only be pursued in the most ethically responsible way and never at the expense of human rights and dignity. But neither should the protections be so stringent as to exacerbate existing social stigma associated with mental illness and addiction and exclude this vulnerable population from participating in vitally important research with the potential to improve scientific knowledge about their conditions, and sometimes, benefit them as individuals. Are the guidelines currently governing the conduct of research involving human subjects adequate to protect the special vulnerabilities of individuals with mental illness and addiction? Are the safeguards applied with sufficient stringency in clinical trials conducted outside teaching centres?

6.3.4 A National Research Agenda

Those who addressed issues related to mental health and addiction research agreed unanimously on the need for a national research agenda. In their view, such an agenda should build on current Canadian expertise, coordinate the currently fragmented research

[52] First Report, Chapter 11, Section 11.6.
[53] First Report, Chapter 11, Section 11.6.

activities performed by a variety of actors (governments, non-governmental organizations, pharmaceutical companies, universities, etc.) and ensure a balance between biomedical, clinical, health services and population health research related to mental health, mental illness and addiction.[54] Who should have the responsibility of developing, implementing and coordinating such a national research agenda – INMHA, CIHR or another entity entirely? What research topics should claim initial priority?

6.4 INFORMATION AND COMMUNICATIONS TECHNOLOGY

6.4.1 Electronic Health Records

As explained in the Committee's October 2002 health care report, a system of electronic health records (EHRs) provides each individual with a secure, private and comprehensive lifetime record of his/her health history and care within and by the health care system, including visits to family physicians and specialists, hospital stays, prescription drugs, laboratory tests, etc. That record is available electronically anywhere, anytime, to its individual owner and those health care providers authorized by him or her to access it in support of high quality care.

Not only would such an EHR system greatly improve the quality and timeliness of health care delivery, it would also enhance health care system management, efficiency and accountability. The data collected from an EHR system would also be invaluable for the purposes of health research.[55]

All levels of government in Canada have recognized the importance of developing and deploying a system of EHR. In fact, on September 11, 2000, the First Ministers agreed to work together to develop an EHR system over the next three years and to work collaboratively to develop common data standards to ensure the compatibility and interoperability of provincial health information networks and the stringent protection of personal health information. In support of that agreement, the federal government established Canada Health Infoway Inc. (or *Infoway*) in 2001 with a budget of $500 million to support and accelerate the development and adoption of interoperable electronic health records solutions throughout the country.

The Committee believes that the effective health information management made possible in substantial part by an EHR system can improve effectiveness and efficiency of the provision of mental health services and the treatment of addiction.

In its report of October 2002, the Committee expressed strong support for the deployment of a national EHR system. In particular, we stressed that the work undertaken by *Infoway* represented a major step towards the full integration of the several provincial and territorial health infostructures. We recommended that the federal government provide *Infoway* with $2 billion over a five-year period for the development of a national system of electronic health records (EHRs) to support the Canadian hospital and doctor

[54] First Report, Chapter 10, Section 10.5.

[55] *Recommendations for Reform*, October 2002, Chapter 10, Section 10.2.

system insured under Medicare.[56] In 2003, the federal government increased *Infoway*'s capitalization to $1.1 billion.

The Committee believes that the effective health information management made possible in substantial part by an EHR system can improve effectiveness and efficiency of the provision of mental health services and the treatment of addiction. First, as in physical health care, an EHR is a necessary prerequisite to a truly patient-oriented mental health and addiction system. Second, it offers tremendous opportunities to support integration of the different components of the mental health service system and the addiction treatment system that currently work in silos. Third, exchanging health information through secure means makes important data available at the right times and places to support optimal mental health care and recovery for all patients/clients. And finally, EHR can dramatically reduce the need to repeatedly provide personal and family health history every time an individual with mental illness and addiction encounters a different mental health/addiction professional.

The Committee wants to know if the EHR system now being developed by Canada Health Infoway Inc. raises particular concerns among and with respect to patients/clients with mental illness and addiction. For example, do psychiatric records differ materially from other types of medical records and, if so, how? Should information about mental illness and addiction be dealt with differently than other personal health information under the EHR? We invite the views of mental health providers, addiction specialists, patients/clients and their families.

The Committee wants to know if the EHR system now being developed by Canada Health Infoway Inc. raises particular concerns among and with respect to patients/clients with mental illness and addiction. Should information about mental illness and addiction be dealt with differently than other personal health information under the EHR?

Issues related to the privacy, confidentiality and protection of personal health information are perhaps the most sensitive ones raised in relation to an EHR system. We address this question in detail in section 6.5 below.

6.4.2 Tele-Mental Health Services

As explained in the Committee's April 2002 report, telemedicine makes use of videoconferencing and related equipment to provide health care at a distance. As such, it can greatly improve the quality and timely access to care, particularly in rural and remote areas. Videoconferencing equipment can also be used for other purposes such as providing the continuing education and training of health care providers located in remote communities.[57]

Mental health services and supports are unevenly distributed geographically in Canada. They are specially lacking in rural and remote areas of the country, including in most Aboriginal communities/reservations. The result is that individuals with mental disorders living in rural

---

[56] *Recommendations for Reform*, October 2002, Chapter 10, Section 10.2.

[57] *Principles and Recommendations for Reform*, April 2002, Chapter 4.

and remote regions and in Aboriginal settings are forced to travel far from their homes for needed services. This hardship, ironically dubbed "Greyhound Therapy", is doubly stressful for someone affected by mental illness and addiction.[58]

When removed from their communities, individuals are separated from their natural support systems and informal care networks, those things that provide the kind of financial, emotional and social supports essential for recovery but not found in the formal treatment system. Although for some the anonymity of the city may be a welcome respite from stigma and shame, removal from the home community can have a significant negative impact on treatment interventions and outcomes.

The Committee was told that transplanting urban mental health workers into rural settings, even if they would be willing to relocate, would not necessarily do much good. The transplanted professionals would still not be qualified to deal with distinctive rural culture and the myriad of related issues.

What is the potential for telemedicine in the field of mental illness and addiction? What are the challenges? Is the current investment by the federal government in telemedicine adequate in the field of mental illness and addiction?

What is the potential for telemedicine in the field of mental illness and addiction? What are the challenges? Is the current investment by the federal government in telemedicine adequate in the field of mental illness and addiction?

The Committee wants to hear the view of Canadians on the need for expanded telemedicine applications in mental health service delivery and in mental health/addiction education and training.

6.4.3 Internet-Based Health Information Network

Individuals with mental illness and addiction and their families want up-to-date information about the mental disorders with which they are dealing, together with information on effective treatments, services and supports. But despite the quickly growing availability of communications via the Internet, reliable information is not always available when and how people need it most; certainly it is not readily or universally accessible to all Canadians. Moreover, most times it is difficult for individuals to assess the accuracy and objectivity of information available and whether or not it can be trusted.

The Canadian Health Network, a collaborative effort by the federal government and some health organizations across Canada, is considered by many to be among the best in the world. It provides in-depth health promotion and disease prevention information to Canadians on 26 key health topics, including mental health and substance use/addiction.

There are also provincial websites devoted to mental illness and addiction; an example is www.heretohelp.bc.ca, a website developed by a group of seven provincial non-profit agencies dealing with mental health and addiction in British Columbia and funded by the provincial government.

[58] First Report, Chapter 8, Section 8.2.3.

In its April 2002 report, the Committee recommended the creation of a national portal for the Canadian public that would provide comprehensive, trusted health-related information to support self-care decision-making. We stressed that the portal should build on the success of the Canadian Health Network and be linked strategically to provincial and territorial website services to ensure the consistency of health-related information. We also indicated that the national portal should allow better access by specific populations that currently have only restricted access to health-related information of assured high quality (e.g. Aboriginal Canadians, rural and remote communities, etc.).[59]

In its April 2002 report, the Committee recommended the creation of a national portal for the Canadian public that would provide comprehensive, trusted health-related information to support self-care decision-making. We stressed that the portal should build on the success of the Canadian Health Network and be linked strategically to provincial and territorial website services to ensure the consistency of health-related information.

Is the Canadian Health Network well positioned to become a universally trusted website in the field of mental health, mental illness and addiction? How could the Network build on successful provincial information websites and, at the same time, avoid resource-wasting duplication?

Is the Canadian Health Network well positioned to become a universally trusted website in the field of mental health, mental illness and addiction? How could the Network build on successful provincial information websites and, at the same time, avoid resource-wasting duplication?

6.5 PRIVACY

In its final report on health care (October 2002), the Committee discussed the need to protect the privacy of electronic health records and their use in research.

With respect to EHRs, we noted the significant variation in privacy laws and data access policies across the country. To address this concern, the Committee recommended ongoing federal/provincial/territorial efforts to develop a harmonized approach to protecting personal health information.

We also raised the issue of the large number of players involved in the collection of personal health information which would be included in a common EHR. We recommended that state-of-the-art security safeguards be implemented to protect personal health information and that the various custodians accessing EHRs be accountable for the use of those records.[60]

With respect to research, the Committee acknowledged the need to permit restricted access to personal health information for health research purposes while preserving the confidentiality of such information. We recommended that the federal government initiate a public awareness program to foster a better understanding of the benefit of using personal

---

[59] Principles and Recommendations for Reform, April 2002, Chapter 4, Section 4.7.

[60] Recommendations for Reform, October 2002, Chapter 10.

health information for health research purposes. We also recommended that the federal government, together with CIHR and other relevant stakeholders, examine the control and review mechanisms needed to ensure the adequate protection of personal health information.[61]

> **The testimony we heard compels us to ask if Canada's current legal and policy frameworks on privacy and confidentiality, which are acknowledged to serve the mentally competent well on the whole, nevertheless act against the best interests of those who, because of the nature and pervasiveness of mental illness and addiction, become partially or completely dependent on a series of providers along the whole continuum of care.**

In the first report, the Committee noted that some people argue that considerations of privacy are perhaps of greater concern in mental health, mental illness and addiction than they are in the physical health care system. The testimony we heard compels us to ask if Canada's current legal and policy frameworks on privacy and confidentiality, which are acknowledged to serve the mentally competent well on the whole, nevertheless act against the best interests of those who, because of the nature and pervasiveness of mental illness and addiction, become partially or completely dependent on a series of providers along the whole continuum of care.[62]

In the context of an EHR system, the Committee is well aware that any erosion of privacy and confidentiality protections can have serious negative consequences on an affected individual's trust in his or her mental health providers. Witnesses have told us, however, that rigid adherence to privacy and confidentiality rules in certain circumstances works against the interests of individuals whose mental health is compromised. This particular challenge must be recognized when developing, interpreting and applying rules of privacy and confidentiality so as not to prevent health care providers from providing patients/clients with the much needed support they require.[63]

The Committee wants to obtain the views of Canadians on whether more safeguards are required under a system of EHRs for protecting mental illness and addiction information or whether more flexibility is needed to allow for the flow of information to provide better mental health care and greater continuity of care. In addition, we need to know whether amendments to existing provincial legislation are required to permit the sharing of patient information among providers.

Concerns relating to the strict observation of current privacy and confidentiality rules extend also to the family of individuals with mental illness and addiction. Without the patient's permission, which those with mental illness/addiction may not be competent to give at times, a physician cannot currently share personal information with the involved caregivers, parents, siblings or children.[64]

---

[61] *Recommendations for Reform*, October 2002, Chapter 12.
[62] First Report, Chapter 11, Section 11.3.
[63] First Report, Chapter 11, Section 11.7.
[64] First Report, Chapter 11, Section 11.3.

Are there mental health systems that have better, clearer procedures and consent forms for releasing information to families? What changes are required in Canada to facilitate the sharing of information about a patient's/client's condition with his or her family? Should there be greater consistency and standardization of information sharing practices in Canada with respect to patients with mental illness and addiction?

What changes are required in Canada to facilitate the sharing of information about a patient's/client's condition with his or her family? Should there be greater consistency and standardization of information sharing practices in Canada with respect to patients with mental illness and addiction?

CHAPTER 7: THE ROLE OF THE FEDERAL GOVERNMENT

The federal government has both a direct and an indirect role in the field of mental health, mental illness and addiction. Its direct role stems from its constitutional responsibility for First Nations living on reserves and the Inuit populations, inmates of federal penitentiaries, veterans and serving members of the Canadian forces, the RCMP, and certain landed immigrants and refugee claimants. Through its direct role, the federal government is also a major employer with management of a large workforce with particular health-related concerns. Its indirect role derives from its broad responsibility to oversee the national interest of all Canadians and encompasses: funding transfers to provinces/territories, data collection, funding research, drug approval process, income support and disability pension benefits, social programming such as housing initiatives, criminal justice, and ongoing work to promote overall population health and well-being. Therefore, the range of federal programs and services relevant to mental health, mental illness and addiction is large.[65]

7.1 DIRECT ROLE

The federal approach to mental health, mental illness and addiction for the specific population groups who fall under its responsibility is highly fragmented.

In its first report, the Committee noted that the federal approach to mental health, mental illness and addiction for the specific population groups who fall under its responsibility is highly fragmented: services and supports are provided by different departments, or various departmental directorates or divisions, all without much collaboration. We also commented on the lack of collaboration between federal and provincial governments with respect to programs targeted at First Nations, Inuit people and federal inmates. In addition, we noted gaps in services in many of the programs reviewed.[66]

There is no evidence of any effort to develop an overall coordinated federal framework or to elicit the collaboration of all involved departments or agencies.

Overall, we concluded that there is little evidence to suggest that the federal government is following specific population-targeted strategies for the groups for which it has direct responsibility, let alone a broad all-encompassing strategy for all Canadians. There is no evidence of any effort to develop an overall coordinated federal framework or to elicit the collaboration of all involved departments or agencies. Neither is there apparent any initiative to develop a comprehensive population specific strategy to address the mental health needs of any of the groups under federal responsibility.[67]

What can be done to coordinate and better integrate the federal approach to mental illness and addiction for Canadians falling under its responsibility? For example, should Health

[65] First Report, Chapter 9, Section 9.1.
[66] First Report, Chapter 9, Section 9.2.
[67] First Report, Chapter 9, Section 9.3.

Canada work in partnership with the Department of Indian and Northern Affairs, Human Resources Development and other relevant departments to improve the effectiveness and efficiency of the delivery of mental health services and addiction treatment to First Nations and Inuit communities? How can such inter-ministerial collaboration be fostered? Or should a single department be responsible for the delivery of mental health/addiction services? Or should responsibility be transferred to the provinces with the federal government paying the cost of the services provided?

What can be done to coordinate and better integrate the federal approach to mental illness and addiction for Canadians falling under its responsibility?

Similarly, how can the access to, and quality of, needed services and supports be improved for inmates of federal penitentiaries? What can the federal government do to enhance Correctional Service Canada's response capacity for those in need of mental health services and addiction treatment?

How can inter-jurisdictional collaboration be enhanced in the delivery of mental health services and addiction treatment for First Nations and Inuit people and federal inmates? For example, with respect to the inmates of federal penitentiaries, what relevant federal and provincial policies and programs should be harmonized (e.g.: Criminal Code and provincial mental health legislation)?

Veterans, members of the Canadian Forces and RCMP are excluded from the definition of "insured persons" under the *Canada Health Act*. Health care, mental health services, suicide prevention and addiction treatment are the responsibility of Veterans Affairs Canada, the Department of National Defence and Health Canada. How should the programs and activities of these departments be better coordinated?

7.2 INDIRECT ROLE

In addition to its direct role, the federal government has an indirect role in the field of mental health, mental illness and addiction with broad responsibility to oversee the national interest of Canadians. The Committee was told that traditionally the federal government has made use of its constitutional spending power to influence broad national initiatives in the area of health and social policy. As a matter of fact, that spending power forms the basis for the *Canada Health Act*, the Canada Health Transfer and the Canada Social Transfer.[68]

A major issue raised during the Committee's hearings with respect to the indirect federal role relates to the apparent ambivalence over the last 55 years about the place of mental health services in the publicly funded health care system.[69] Today, the *Canada Health Act* expressly excludes from its definition of comprehensiveness services provided by psychiatric institutions. Many mental health services provided in the community by non-

A major issue raised during the Committee's hearings with respect to the indirect federal role relates to the apparent ambivalence over the last 55 years about the place of mental health services in the publicly funded health care system.

[68] First Report, Chapter 9, Section 9.4.

[69] First Report, Chapter 9, Section 9.4.2.

physician providers are not covered under the *Act*; this is true for the counselling services provided by psychologists, for example.[70]

Currently, no specific amount of federal transfers is dedicated to mental health care and addiction treatment. While the Canada Health Transfer includes funding for acute community mental health care, no portion of the transfer is expressly designed for this purpose.[71]

How can the federal government correct what is described as its "ambivalent approach" taken over the years about the place of mental health in its broad national policies and programs? Is it appropriate at this point in time to re-open the *Canada Health Act* to include under its publicly insured services those provided by psychiatric institutions and by psychologists? Should the federal government devote a specific portion of its transfer payments to mental illness and addiction? Would this require passage of a "Canada Mental Health Act"? Should the Prime Minister appoint a Minister of State for mental health, mental illness and addiction?

How can the federal government correct what is described as its "ambivalent approach" taken over the years about the place of mental health in its broad national policies and programs?

Or, should the federal government provide funding for the support of mental health, mental illness and addiction under a new funding mechanism? Should conditions be attached to any federal transfers to the provinces/territories for the purpose of mental illness and addiction and, if so, what should they be? If the federal government is to develop a set of incentives to ensure that individuals with mental illness and addiction get universal and equitable access to needed services and supports, what should they be and how best could this objective be achieved?

If the federal government is to develop a set of incentives to ensure that individuals with mental illness and addiction get universal and equitable access to needed services and supports, what should they be and how best could this objective be achieved?

Access to prescription drugs and home care is also an issue identified during the Committee's hearings. What role can the federal government play to ensure that individuals with mental illness and addiction have access to the drug therapy they need? Will the catastrophic prescription drug plan envisioned by the Committee[72], and included in the First Ministers' *10-Year Plan to Strengthen Health Care* (September 2004), ensure that individuals with mental illness and addiction get the prescription drugs

Access to prescription drugs and home care is also an issue identified during the Committee's hearings. Will the catastrophic prescription drug plan envisioned by the Committee[1], and included in the First Ministers' *10-Year Plan to Strengthen Health Care* (September 2004), ensure that individuals with mental illness and addiction get the prescription drugs they need?

[70] First Report, Chapter 9, Section 9.5.1.

[71] First Report, Chapter 9, Section 9.5.2.

[72] *Recommendations for Reform*, October 2002, Chapter 7.

they need? Do affected individuals have specific concerns with respect to such a plan?

Similarly, what form of home care program (short-term acute care, needs assessment, or long-term care in the home) is needed in the field of mental illness and addiction? Is the September 2004 First Ministers' agreement, which provides first dollar coverage for some home care services, particularly short-term acute community mental health home care for two-weeks and for the provision of case management and crisis response services, sufficient or is a more comprehensive program needed?

What form of home care program (short-term acute care, needs assessment, or long-term care in the home) is needed in the field of mental illness and addiction?

7.3 INTERGOVERNMENTAL COLLABORATION

While traditionally the federal government has used its fiscal capacity to influence health and social policies at the national level, some have claimed that this is not sufficient. Witnesses told the Committee that a high degree of intergovernmental consultation and collaboration is essential to achieve uniformity, to develop and maintain standards, bring harmonization and establish a national mental health initiative across the country. The provinces and territories have major responsibility for the delivery of services for mental illness and addiction in their particular jurisdictions. Any consideration of a federal role in mental health, mental illness and addiction, however, cannot displace or reduce the primary provincial/territorial responsibility for the design and delivery of programs for individuals with mental illness and addiction. Therefore, to restructure and reform the mental health/addiction system, a great deal of effort must be devoted to intergovernmental consultation, partnerships and collaboration.

A high degree of intergovernmental consultation and collaboration is essential to achieve uniformity, to develop and maintain standards, bring harmonization and establish a national mental health initiative across the country.

To restructure and reform the mental health/addiction system, a great deal of effort must be devoted to intergovernmental consultation, partnerships and collaboration.

Currently, however, few resources are devoted to the intergovernmental work in this area. A formal structure – the Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health – was established on 17 April 1986 to advise the Conference of Deputy Ministers of Health on cooperation among federal, provincial and territorial governments on mental health issues. In the late 1990s, however, the Council of Deputy Ministers of Health withdrew its support for the F/P/T Advisory Network on Mental Health. As a result, there is now insufficient funding available even to bring together mental health policy makers from across the country to share information and develop coherent policies and plans. A

Currently, there is not enough funding available to bring together mental health policy makers from across the country to share information and develop coherent policies and plans.

number of provinces still continue to participate in the F/P/T Advisory Network, but their work is limited by the small amount of funding they provide.[73]

What could the federal government do to encourage intergovernmental coordination, collaboration and partnerships in the field of mental health, mental illness and addiction?

What could the federal government do to encourage intergovernmental coordination, collaboration and partnerships in the field of mental health, mental illness and addiction? Should the F/P/T Advisory Network be re-established with a broader mandate to encompass both mental health and addiction? Or should another entity, either a new body (such as the Mental Health Commission in New Zealand[74], the National Institute of Mental Health in England[75] or the former Mental Health Commission in New Brunswick) or an existing one (like the Canadian Public Health Agency) take over such a mandate?

What could the federal government do to assist the provinces and territories in their efforts to reform and renew their mental health and addiction systems?

What could the federal government do to assist the provinces and territories in their efforts to reform and renew their mental health and addiction systems? Is there a province, region or country whose mental health delivery system and addiction treatment system can be used as a model? Would the position of a Minister of State responsible for mental health and addiction, as in British Columbia, be helpful in other jurisdictions, including the federal government?

7.4 NATIONAL ACTION PLAN

Canada needs to develop a comprehensive national action plan on mental health, mental illness and addiction to ensure successful reform and restructuring. Canada lacks national leadership in mental health, mental illness and addiction, a serious deficiency that, in the view of many, has left a very large void.

The Committee was told that, in addition to intergovernmental collaboration, Canada needs to develop a comprehensive national action plan on mental health, mental illness and addiction to ensure successful reform and restructuring. Australia, New Zealand and the United Kingdom have already adopted such a national mental health strategy or action plan. Canada lacks national leadership in mental health, mental illness and addiction, a serious deficiency that, in the view of many, has left a very large void: there is no focus on mental illness and addiction within national and provincial/territorial health care reform initiatives; there is no clear delineation of the roles and responsibilities of the various stakeholders; troublesome inequities are the result of different provinces and territories being at various stages in the reform of their mental health care and addiction treatment systems.

Many recommended to the Committee a strong leadership role for the federal government in the development of a national action plan. They believe that the lack of such leadership

[73] First Report, Chapter 9, Section 9.4.
[74] Second Report, Chapter 2, Section 2.1.1.
[75] Second Report, Chapter 3, Section 3.1.1.

has contributed to the piecemeal approach to addressing mental illness and addiction, has led to the development of potentially conflicting models in different provinces, and resulted in unnecessary duplication and a waste of resources.

Many recommended a strong leadership role for the federal government in the development of a national action plan.

Witnesses argued that the national framework must set standards for service delivery covering all aspects of mental health from prevention, promotion and advocacy through community-based services to inpatient and specialty services. It must also apply to services provided throughout every affected individual's lifespan. It must provide a stronger focus on children and adolescents, Aboriginal peoples, senior Canadians, federal inmates, women and landed immigrants.

Many stressed that a national action plan for mental health, mental illness and addiction can only be developed out of the collaboration among the federal government, provincial and territorial jurisdictions, NGOs and other stakeholders, together with individuals with mental illness/addiction.

Many stressed that a national action plan for mental health, mental illness and addiction can only be developed out of the collaboration among the federal government, provincial and territorial jurisdictions, NGOs and other stakeholders, together with individuals with mental illness/addiction.

In September 2000, the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health (CAMIMH), an organization representing some 20 NGOs, released a discussion paper calling for the development of a national action plan that would lead to a fundamental shift in how Canada deals with mental health, mental illness and addiction. This discussion paper was intended to be the first step toward the development of consensus for a national action plan on mental health, mental illness and addiction. It was seen as a tool to facilitate discussion, stimulate ideas and build a strong national coalition to promote its implementation by all levels of government. It was not intended to be a policy discussion document nor a guide t systemic reform. What has been achieved at the federal, provincial and local levels since the release of CAMIMH's call for action? Have any of the goals or the vision put forward by CAMIMH been adopted in any regions of the country? Should the NGOs represented by CAMIMH go a step further and develop a more concrete proposal for restructuring the mental health/addiction system?

More generally, what are the current obstacles to the development of a national action plan on mental health, mental illness and addiction? How should such a plan be developed and implemented? Should it be by an incremental approach or through the simultaneous reform of several large scale systems? Should Canada have a single, national, action plan? Or, should each province/territory have its own action plan but with a common vision?

Should the national action plan be developed by an incremental approach or through the simultaneous reform of several large scale systems? Should Canada have a single, national, action plan? Or, should each province/ territory have its own action plan but with a common vision?

In addition to articulating a common, clear vision, should governments develop detailed goals, objectives and standards for mental health, mental illness and addiction? Would this

help to properly assess patient/client outcomes and in reporting on the system's performance?

What elements should be included in a national action plan: public and professional awareness and education; mental illness and suicide prevention, dissemination of information and/or guidelines on best practices, human resource planning (including training and education), research funding, incentives to encourage systemic integration and collaboration? What should the priorities be?

What elements should be included in a national action plan?

How can we ensure that individuals affected by mental illness and addiction and their families participate fully in the development of a national action plan?

How can we ensure that individuals affected by mental illness and addiction and their families participate fully in the development of a national action plan?

CHAPTER 8: FINANCING REFORM AND FOSTERING PERFORMANCE AND ACCOUNTABILITY

Concerns have been expressed about the total amount of funding available for mental health services supports and addiction treatment. Another issue relates to the need for a financing approach that distributes funding for mental health services and addiction treatment equitably across Canada.

The Committee heard that successful restructuring of the mental health/addiction system depends not only on ensuring that there are sufficient resources to provide the necessary services and supports. It also depends on the establishment of effective performance monitoring and evaluation tools and structures an information management infrastructure, and a funding framework which would allocate funds equitably.

8.1 LEVEL OF FUNDING

Funding for mental health services and addiction treatment is the subject of intense debate in Canada, as it is in many other countries. Provincial reports document the historical under-funding of mental health services and addiction treatment. Many believe that those with severe and persistent mental disorders have been badly served by insufficient funding. Those who have suffered particularly negative impacts have been individuals from different ethnocultural communities, individuals who are homeless, and those with concurrent disorders.[76]

Many witnesses told the Committee that the proportion of overall government health care spending devoted to mental health services and addiction treatment in Canada is very low in relation to the prevalence and economic burden of mental illnesses and substance use disorders and in comparison with physical illnesses. Others claimed that not enough public funding has been allocated to ensure a successful shift from institutional care to more community-based services and supports.[77]

Many witnesses told the Committee that the proportion of overall government health care spending devoted to mental health services and addiction treatment in Canada is very low in relation to the prevalence and economic burden of mental illnesses and substance use disorders and in comparison with physical illnesses.

Unfortunately, there is no simple answer to the question: "What is the right amount to spend on mental health, mental illness and addiction?" There is currently no comprehensive information on current levels of spending on mental health services and addiction. But the

There is no simple answer to the question: "What is the right amount to spend on mental health, mental illness and addiction?

[76] First Report, Section 8.2.1.

[77] First Report, Chapter 7.

Committee heard repeatedly that there are serious gaps in services and in meeting the needs and improving outcomes for individuals with mental illness and addiction. Additional resources are likely to be required over time. To answer the question "what is the right amount to spend", there must first be a thorough review of how current resources are used to meet the mental health needs of Canadians and the development of a plan on the most effective ways to best use existing resources.

The question of best use raises many issues. For example, can sufficient changes to the mental health/addiction system be made so that the resulting efficiencies will generate enough money to pay for needed mental health services and addiction treatment? Is more public funding needed? If so, how much? If more funding for mental health services and addiction treatment is needed, how should it be obtained – from a reallocation of existing resources or from increased taxation?

What, if any, should be the relationship between the funding for mental illness and addiction and the prevalence and economic burden of these illnesses?

What, if any, should be the relationship between the funding for mental illness and addiction and the prevalence and economic burden of these illnesses? What should be the level and form of the federal government's contribution to mental health services and addiction treatment? Should it be within current transfer payment mechanisms (under the CHT and CST) or should it be provided as part of a new, different funding envelope?

The Committee noted with interest that the government of New Zealand has developed very detailed national targets to build capacity in the field of mental illness and addiction (such as the number of inpatient beds, community mental health workers, detoxification beds, methadone treatment places, etc.) and to calculate national funding levels and service development requirements.[78] Should Canada develop resource targets as New Zealand has done? If so, should these targets then form the basis for federal and provincial/territorial mental illness/addiction budgets? If not, how should budgets be set in this sector and by whom?

Should governments establish an inter-ministerial funding pool, or initiate inter-ministerial projects and initiatives with shared program costs and benefits?

Currently, the mental health and addiction system relies on multiple sources of funding. Like its several services and supports, funding is fragmented across many different programs. Should public funding continue to reflect the fact that numerous departments are involved in mental health, mental illness and addiction? Or, should governments establish an inter-ministerial funding pool, or initiate inter-ministerial projects and initiatives with shared program costs and benefits?

The Committee also feels that questions need to be raised about whether funding needs to emphasize the treatment of signs and symptoms of mental disorders, or the remediation of root causes. Similarly, it is crucial to determine what to fund and, perhaps even more importantly, what to stop funding.

---

[78] Second Report, Chapter 2, Section 2.1.1.

8.2 DEDICATED FUNDING

Many witnesses have advocated the need for a separate, protected funding envelope for mental health, mental illness and addiction. They cited Australia's experience with increased transfer payments to the states/territories earmarked for the purpose of mental health reform; In Australia, intergovernmental agreements were signed committing the states/territories to protect or maintain their level of funding. In other words, transfer payments were clearly additional or incremental to existing funding.[79] Should a comparable "ring fencing" approach to mental health funding be established in Canada? Or, should funding for mental health, mental illness and addiction be provided in a separate funding envelope? Would dedicated funds better ensure that funding for mental health, mental illness and addiction is predictable, sustainable and equitably allocated?

Should a "ring fencing" approach to mental health/addiction funding be established in Canada?

What would be the drawbacks of dedicated funding for mental health, mental illness and addiction? For example, is there a risk that funding would be directed primarily to treatment and care and away from broader social supports?

8.3 PERFORMANCE AND ACCOUNTABILITY

Numerous provincial reports and witnesses have pointed out to the Committee that there is a significant lack of accountability mechanisms in the current mental health/addiction system. The respective roles and responsibilities of the various levels of government and the multiple service providers are not clearly set out. A performance evaluation system is needed to monitor the quality and effectiveness of the services provided and the productivity of the overall system.[80]

There is a significant lack of accountability mechanisms in the current mental health/addiction system. The respective roles and responsibilities of the various levels of government and the multiple service providers are not clearly set out.

In its October 2002 report on health care, the Committee recommended the establishment of a National Health Care Council to improve accountability in the health care system and to measure and report on system performance (cost-effectiveness, efficiency, quality and patient outcomes)[81] We also recommended that both levels of government share accountability for the use of public health care funds.[82]

How can Canadians become well informed on the progress being made by governments in reforming the mental health/addiction system? In implemen-

How can Canadians become well informed on the progress being made by governments in reforming the mental health/addiction system?

---

[79] Second Report, Chapter 1, Section 1.2.

[80] First Report, Chapter 8, Section 8.2.1.

[81] *Recommendations for Reform*, October 2002, Chapter 1, pp. 5-21.

[82] *Recommendations for Reform*, October 2002, Chapter 14, pp. 255-264.

ting provincial and national plans? In reducing stigma and discrimination? In meeting human resource needs?

Should quality assurance programs be put in place? How should quality be defined and, equally importantly, how should it be measured? What is the process by which a quality assurance program should be developed?

Should quality assurance programs be put in place? How should quality be defined and, equally importantly, how should it be measured?

Accountability and performance indicators are as important in the field of mental illness and addiction as they are in health care everywhere. In 2000, the F/P/T Advisory Network on Mental Health released a document containing a resource kit of performance indicators to facilitate ongoing accountability and evaluation of mental health services and supports. This very detailed resource kit, which was prepared for the provinces and territories, provides indicators for tracking performance at the system, program and client level. Have these indicators of accountability and performance been utilized by any jurisdictions? Should the federal government encourage the use of these indicators? If so, how?

Have the indicators of accountability and performance developed in 2000 by the F/P/T Advisory Network on Mental Health been utilized by any jurisdictions? Should the federal government encourage the use of these indicators?

Is the National Health Care Council envisioned by the Committee, and subsequently established as the National Health Council, the appropriate structure to assess, and report on, the performance of the mental health/addiction system and to improve accountability? Or, given that the mental health/addiction system requires services from a much broader range of programs and sectors than the health care system, should another entity – such as the Canadian Public Health Agency or a new federal-provincial-territorial organization – take on this responsibility?

Is the National Health Council, the appropriate structure to assess, and report on, the performance of the mental health/addiction system and to improve accountability?

CONCLUSION

The Committee recognizes that the set of issues, questions and options presented in this report, while extensive, is far from being exhaustive. Some readers of this paper may want to add to the issues list and others will feel that our set of options in not complete and will want to add new options of their own. We will welcome these additions to our work. We believe strongly that the input of Canadians will help to inform the public policy debate on the broad range of issues related to mental health, mental illness and addiction.

We acknowledge that the real experts in the field of mental illness and addiction are those individuals confronted with these disorders and their families/caregivers. We understand that, because stigma is so strong, you may hesitate to speak openly about your concerns and suggestions for reform. But we need your input! We have developed a short set of questions which are available on the Committee's website. We would like you to respond to them either directly through the internet or by regular post as the questionnaire is available in printed format.

The Committee needs the input of individuals confronted with mental illness and addiction and their families.

In addition to individuals with mental illness and addiction, their families and caregivers, we strongly invite mental health and addiction professionals, other providers of health services, representatives from nongovernmental organizations, and officials from federal and provincial/territorial governments and departments, and members of the general public to take the time to review the Issues and Options paper and its two companion reports and write to the Committee with their views on which options for reform they prefer, and why. We very much look forward to receiving the guidance of all Canadians as we prepare our final report and our set of recommendations. Please write to:

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

The Senate

Ottawa, Ontario

K1A 0A4

soc-aff-soc@sen.parl.gc.ca

fax: (613) 990-6666

APPENDIX A:
LIST OF WITNESSES
THIRD SESSION OF THE 37TH PARLIAMENT
(FEBRUARY 2, 2004 – MAY 23, 2004)

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Alzheimer Society of Canada	Steve Rudin, Executive Director	June 4, 2003	17
As individuals	Thomas Stephens, Consultant	March 20, 2003	11
	Nancy Hall, Mental Health Consultant	May 28, 2003	16
	J. Michael Grass, Past Chair, Champlain District Mental Health Implementation Task Force	June 5, 2003	17
	Loïse David Murray Ronald	February 26, 2003	9
Canadian Academy of Psychiatric Epidemiology	Dr. Alain Lesage, Past President	March 19, 2003	11
Canadian Academy of Psychiatry and the Law	Dr. Dominique Bourget, President	June 5, 2003	17
Canadian Coalition for Senior Mental Health	Dr. David K. Conn, Co-Chair; President, Canadian Academy of Geriatric Psychiatry	June 4, 2003	17
Canadian Institute for Health Information	Dr. John S. Millar, Vice-President, Research and Analysis	March 20, 2003	11
	Carolyn Pullen, Consultant	March 20, 2003	11
	John Roch, Chief Privacy Officer and Manager, Privacy Secretariat	March 20, 2003	11
Canadian Institutes of Health Research	Bronwyn Shoush, Board Member, Institute of Aboriginal Peoples' Health	May 28, 2003	16

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Canadian Institutes of Health Research	Jean-Yves Savoie, President, Advisory Board, Institute of Population and Public Health	June 12, 2003	18
	Dr. Rémi Quirion, Scientific Director, Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction	May 6, 2003	14
Canadian Mental Health Association – Ontario Division	Patti Bregman, Director of Programs	June 12, 2003	18
Canadian Paediatric Society	Dr. Diane Sacks, President-Elect	May 1, 2003	13
	Marie-Adèle Davis, Executive Director	May 1, 2003	13
Centre for Addiction and Mental Health	Jennifer Chambers, Empowerment Council Coordinator	May 14, 2003	15
	Rena Scheffer, Director, Public Education and Information Services	May 28, 2003	16
Centre hospitalier Mère-enfant Sainte-Justine	Dr. Joanne Renaud, Child and Adolescent Psychiatrist; Young Investigator, Canadian Institutes of Health Research	April 30, 2003	13
Children's Hospital of Eastern Ontario	Dr. Simon Davidson, Chairman, Division of Child and Adolescent Psychiatry	May 1, 2003	13
CN Centre for Occupational Health and Safety	Kevin Kelloway, Director	June 12, 2003	18
Douglas Hospital	Eric Latimer, Health Economist	May 6, 2003	14
	Dr. James Farquhar, Psychiatrist	May 6, 2003	14
	Dr. Mimi Israël, Head, Department of Psychiatry ; Associate Professor, McGill University	May 6, 2003	14

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Douglas Hospital	Myra Piat, Researcher	May 6, 2003	14
	Ampara Garcia, Clinical Administrative Chief, Adult Ultraspecialized Services Division	May 6, 2003	14
	Manon Desjardins, Clinical Administration Chief, Adult Sectorized Services Division	May 6, 2003	14
	Jacques Hendlisz, Director General	May 6, 2003	14
	Robyne Kershaw-Bellmare, Director of Nursing Services	May 6, 2003	14
Global Business and Economic, Roundtable and Addiction and Mental Health	Rod Phillips, President and Chief Executive Officer, Warren Sheppell Consultants	June 12, 2003	18
Hamilton Health Sciences Centre	Venera Bruto, Psychologist	June 4, 2003	17
Health Canada	Tom Lips, Senior Advisor, mental Health, Healthy Communities Division, Population and Public Health Branch	March 19, 2003	11
	Pam Assad, Associate Director, Division of Childhood and Adolescence, Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch	April 30, 2003	13
Laval University	Dr. Michel Maziade, Head, Department of Psychiatry, Faculty of Medecine	May 6, 2003	14
Louis-H. Lafontaine Hospital	Jean-Jacques Leclerc, Director, Rehabilitation Services and Community Living	May 6, 2003	14
	Dr. Pierre Lalonde, Director, Clinique jeunes adultes	May 6, 2003	14

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
McGill University	Dr. Howard Steiger, Professor, Psychiatry Department; Director, Eating Disorders Program, Douglas Hospital	May 1, 2003	13
Province of British Columbia	Patrick Storey, Chair, Minister's Advisory Council on Mental Health	May 14, 2003	15
	Heather Stuart, Associate Professor, Community Health and Epidemiology	May 14, 2003	15
Queen's University	Dr. Julio Arboleda-Florèz, Professor and head, Department of Psychiatry	March 20, 2003	11
Registered Nurses of Canada	Margaret Synyshyn, President	May 29, 2003	16
Statistics Canada	Lorna Bailie, Assistant Director, Health Statistics Division	March 20, 2003	11
St.Joseph's Health Care London	Maggie Gibson, Psychologist	June 4, 2003	17
St. Michaels Hospital	Dr. Paul Links, Arthur Sommer Rothenberg Chair in Suicide Studies	March 19, 2003	11
Université du Québec à Montréal	Henri Dorvil, Professor, School of Social Work	May 6, 2003	14
	Dr. Michel Tousignant, Professor, Centre de recherche et intervention sur le suicide et l'euthanasie	May 6, 2003	14
University of British Columbia	Dr. Charlotte Waddell, Assistant Professor, Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit, Department of Psychiatry, Faculty of Medecine	May 1, 2003	13

Organization	Name	Date Of Appearance	Issue No.
University of Calgary	Dr. Donald Addington, Professor and Head, Department of Psychiatry	May 29, 2003	16
University of Manitoba	John Arnett, Head, Department of Clinical Health Psychology, Faculty of Medicine	May 28, 2003	16
	Robert McIlwraith, Professor and Director, Rural and Northern Psychology Program	May 29, 2003	16
University of Montreal	Laurent Mottron, Researcher, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine	May 6, 2003	14
	Dr. Richard Tremblay, Canada Research Chair in Child Development, Professor of Pediatrics, Psychiatry and Psychology, Director, Centre of Excellence for Early Childhood Development	May 6, 2003	14
	Dr. Jean Wilkins, Professor and Paediatrics, Faculty of Medecine	May 6, 2003	14
	Dr. Renée Roy, Assistant Clinical Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medecine	May 6, 2003	14
University of Ottawa	Tim D. Aubry, Associate Professor; Co-Director, Centre for Research and Community Services	June 5, 2003	17
	Dr. Jeffrey Turnbull, Chairman, Department of Medicine, Faculty of Medicine	June 5, 2003	17

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
University of Toronto	Dr. Joe Beitchman, Professor and Head, Division of Child Psychiatry, Department of Psychiatry; Psychiatrist-in-Chief, Hospital for Sick Children	April 30, 2003	13
	Dr. David Marsh, Clinical Director, Addiction Medicine, Centre for Addiction and Mental Health	May 29, 2003	16

APPENDIX B: LIST OF WITNESSES THE SECOND SESSION OF THE 37TH PARLIAMENT (SEPTEMBER 30, 2002 – NOVEMBER 12, 2003)

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Alberta Mental Health Board	Ray Block, Chief Executive Officer	April 28, 2004	7
Alberta Mental Health Board	Sandra Harrison, Executive Director, Panning, Advocacy & Liaison	April 28, 2004	7
Anxiety Disorders Association of Canada	Peter McLean, Vice-President	May 12, 2004	9
As individuals	Charles Bosdet	April 29, 2004	7
	Pat Caponi		
	Don Chapman		
Australia, Government of *(by videoconference)*	Dermot Casey, Assistant Secretary, Health Priorities and Suicide Prevention Branch, Department of Health and Ageing	April 20, 2004	6
	Jenny Hefford, Assistant Secretary, Drug Strategy Branch, Department of Health and Ageing		
British Columbia Ministry of Health Services	Irene Clarkson, Executive Director, Mental Health and Addictions	April 28, 2004	7
Canadian Association of Social Workers	Stephen Arbuckle, Member, Health Interest Group	March 31, 2004	5
Canadian Medical Association	Dr. Sunil Patel, President	March 31, 2004	5
	Dr. Gail Beck, Acting Associate Secretary General		
Canadian Mental Health Association	Penny Marrett, Chief Executive Officer	May 12, 2004	9

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Canadian Nurses Association, the Canadian Federation of Mental Health Nurses and the Registered Psychiatric Nurses of Canada	Nancy Panagabko, President, Canadian Federation of Mental Health Nurses	March 31, 2004	5
	Annette Osten, Board Member, Canadian Nurses Association	March 31, 2004	5
Canadian Psychiatric Association	Dr. Blake Woodside, Chairman of the Board	March 31, 2004	5
Canadian Psychological Association	John Service, Executive Director	March 31, 2004	5
Centre for Addiction and Mental Health	Christine Bois, Provincial Priority Manager for Concurrent Disorders	May 5, 2004	8
	Wayne Skinner, Clinical Director, Concurrent Disorder Program		
	Brian Rush, Research Scientist, Social Prevention and Health Policy		
Centre for Suicide Prevention	Diane Yackel, Executive Director	April 21, 2004	6
Cognos	Marilyn Smith-Grant, Senior Human Resources Specialist	April 1, 2004	5
Correctional Service of Canada	Larry Motiuk, Director General, Research	April 29, 2004	7
	Françoise Bouchard, Director General, Health Services	April 29, 2004	7
Douglas Hospital	Dr. Gustavo Turecki, Director, McGill Group for Suicide Studies, McGill University	April 21, 2004	6
House of Commons	The Honourable Jacques Saada, P.C., M.P., Leader of the Government in the House of Commons and Minister responsible for Democratic Reforms	April 1, 2004	5

Human Resources and Skills Development Canada	Bill Cameron, Director General, National Secretariat on Homelessness	April 29, 2004	7
Human Resources and Skills Development Canada	Marie-Chantal Girard, Strategic Research Manager, National	April 29, 2004	7
Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction	Richard Brière, Assistant Director	April 21, 2004	6
McGill University (*by videoconference*)	Dr. Laurence Kirmayer, Director, Division of Social and Transcultural Psychiatry, Department of Psychiatry	May 13, 2004	9
Mood Disorder Society of Canada	Phil Upshall, President	May 12, 2004	9
Native Mental Health Association of Canada	Brenda M. Restoule, Psychologist and Ontario Board Representative	May 13, 2004	9
New Zealand, Government of (*by videoconference*)	Janice Wilson, Deputy Director General, Mental Health Directorate, Ministry of Health	May 5, 2004	8
	David Chaplow, Director and Chief Advisor of Mental Health		
	Arawhetu Peretini, Manager of Maori Mental Health		
	Phillipa Gaines, Manager of Systems Development of Mental Health		
Nova Scotia Department of Health	Dr. James Millar, Executive Director, Mental Health and Physician Services	April 28, 2004	7
Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction	David Kelly, Executive Director	May 5, 2004	8
Ontario Hospital Association	Dr. Paul Garfinkel, Chair, Mental Health Working Group	March 31, 2004	5

ORGANIZATION	NAME	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Privy Council Office	Ron Wall, Director, Parliamentary Operations, Legislation and House Planning	April 1, 2004	5
Privy Council Office	Ginette Bougie, Director, Compensation and Classification	April 1, 2004	5
Public Service Alliance of Canada	John Gordon, National Executive Vice-President	April 1, 2004	5
	James Infantino, Pensions and Disability Insurance Officer		
Schizophrenia Society of Canada	John Gray, President-Elect	May 12, 2004	9
Simon Fraser University *(by videoconference)*	Margaret Jackson, Director, Institute for Studies in Criminal Justice Policy	April 29, 2004	7
Six Nations Mental Health Services	Dr. Cornelia Wieman, Psychiatrist	May 13, 2004	9
Treasury Board Secretariat	Joan Arnold, Director, Pensions Legislation Development, Pensions Division	April 1, 2004	5
U.S. Campaign for Mental Health Reform	William Emmet, Coordinator	April 1, 2004	5
U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health *(by videoconference)*	Michael Hogan, Chair	April 1, 2004	5
United Kingdom, Government of *(by videoconference)*	Anne Richardson, Head of the Mental Health Policy Branch, Department of Health	May 6, 2004	8
	Adrian Sieff, Head of the Mental Health Legislation Branch		

APPENDIX C:
LIST OF INDIVIDUALS WHO RESPONDED TO A LETTER FROM THE COMMITTEE ON PRIORITIES FOR ACTION

CANADIAN RESEARCH GROUP

CancerCare Manitoba	Harvey Max Chochinov, MD, PhD, FRCPC, Canada Research Chair in Palliative Care, Director, Manitoba Palliative Care Research Unit, CancerCare Manitoba, Professor, Department of Psychiatry, Community Health Sciences and Family Medicine(Division of Palliative Care) University of Manitoba
Carleton University	Dr. Hymie Anisman, Canadian Research Chair in Neuroscience, Ontario Mental Health Foundation Senior Research Fellow
Douglas Hospital Reseach Centre	Ashok Malla, MD, FRCP Canada Research Chair in Early Psychosis, Professor of Psychiatry, McGill University, Director, Clinical Research Division
McGill University Health Centre	Eric Fombonne, MD, FRCPsych, Canada Research Chair in Child Psychiatry, Professor of Psychiatry, University McGill, Director, Montreal Children's Hospital
University of Alberta	Glen B. Baker, PhD, DSc, Professor and Chair, Canada Research Chair in Neurochemistry and Drug Development
University of Manitoba – Faculty of Medecine	Brian J. Cox, Ph.D., C. Psych., Canada Research Chair in Mood and Anxiety Disorders, Associate Professor of Psychiatry, Adjunct Professor, Departments of Community Health Sciences and Psychology

DEANS OF MEDICAL SCHOOLS

Kingston General Hospital	Samuel K. Ludwin, M.B.B., Ch., F.R.C.P.C., Vice-President, (Research Development)
McGill University Health Centre	Joel Paris, M.D., Professor and Chair, Department of Psychiatry
University of Alberta	Dr. L. Beauchamp, Dean, Faculty of Eduction
University of Sherbrooke	Pierre Labossière, P. Eng., Ph.D., Associate Vice-Rector, Research
University of Western Ontario	Dr. Carol P. Herbert, Dean of Medicine and Dentistry

ILLNESS RELATED GROUP

Canada's Research-Based Pharmaceutical Companies	Murray J. Elston, President
Eli Lilly Canada Inc.	Terry McCool, Vice-President, Corporate Affairs
GlaxoSmith Kline	Geoffrey Mitchinson, Vice-President of Public Affairs
Merck Frosst Canada	André Marcheterre, President
NSERC	Thomas A. Brzustowski, President
Ontario Mental Health Foundation	Howard Cappell, Ph.,D. (C.Psych) Executive Director
Roche Pharmaceuticals	Ronnie Miller, President & C.E.O.
Schizophrenia Society of Canada	Fred Dawe, President

MENTAL HEALTH ETHICS GROUP

Centre for Addiction and Mental Health	Paul E. Garfinkel, MD, FRCPC, President and CEO
McGill University – Douglas Hospital Research Centre	Maurice Dongier, Professor of Psychiatry

Parkwood Hospital, St.Joseph's Health Care London	Maggie Gibson, Ph. D., Psychologist, Veterans Care Program
Queen's University	J. Arboleda-Florèz, Professor and Head, Department of Psychiatry
Salvation Army – Territorial Headquarters Canada and Bermuda	Glen Shepherd, Colonel, Chief Secretary
St-Paul's Hospital	Mark Miller, C.S.s.R., Ph.D. Ethicist
University of Alberta	Wendy Austin, RN, Ph. D., Canada Research Chair, Relational Ethics in Health Care, Faculty of Nursing and John Dosseter Health Ethics Centre
University of Alberta, Faculty of Nursing	Genevieve Gray, Dean and Professor, Faculty of Nursing
University of British Columbia	Peter D. McLean, Ph.D. Professor and Director, Anxiety Disorders Unit
University of Western Ontario	Nancy Fedyk, Executive Assistant to the Dean
Winnipeg Regional Health Authority	Linda Hughes, Chair, WRHA Mental Health Ethics Committee
York University	David Shugarman, Director

PRESIDENT OF UNIVERSITY

Institute of Mental Health Research – University of Ottawa	Zul Merali, Ph. D., President and CEO
McGill University	Heather Munroe-Blum, Professor of Epidemiology and Biostatistics
University of Lethbridge	Lynn Basford, Dean, Health Sciences

GOVERNMENT RESPONSIBILITY

Canadian Coalition for Seniors	J. Kenneth Le Clair, MD, FRCPC, Co-Chair, Canadian Coalition for Seniors Mental Health, Professor and Chair, Geriatric Division, Department of Psychiatry, Queen's University, Clinical Director, Specialty Geriatric Psychiatry Program
Canadian Coalition for Seniors Mental Health	David K. Conn, MB., FRCPC, Co-Chair Canadian Coalition for Seniors Mental Health, Psychiatrist-in-Chief, Department of Psychiatry, Baycrest Centre for Geriatric Care, Associate Professor, Department of Psychiatry, University of Toronto, President, Canadian Academy of Geriatric Psychiatry
Canadian Institute of Health Research	Dr. Jeff Reading, PhD, Scientific Director – Institute of Aboriginal Peoples's Health
Canadian Mental Health Association	Bonnie Pape, Director of Programs & Research, Canadian Mental Health Association – National Office
Dalhousie University – Department of Psychology	Patrick J. McGrath, OC, PhD, FRSC, Co-ordinator of Clinical Psychology, Killam Professor of Psychology, Professor of Pediatrics and Psychiatry, Canada Research Chair, Psychologist IWK Health Centre
Dalhousie University, Faculty of Medicine	David Zitner, D. Ph., Director, Medical Informatics
Department of Health and Wellness New-Brunswick	Ken Ross, Assistant deputy Minister
Douglas Hospital Research Centre	Michel Perreault, Ph. D., Researcher, Douglas Hospital, Professor, Department of Psychiatry McGill University
Douglas Hospital Research Centre - Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction	Rémi Quirion, Scientific Director, (INMHA)

Faculty of Medicine – University of Ottawa	Jacques Bradwejn, MD FRCPC, DABPN, Chair of the Department of Psychiatry, Psychiatris-in-Chief, Royal Ottawa Hospital, Head of Psychiatrist, The Ottawa Hospital
Family Council: Empowering Families in Addictions and Mental Health	Betty Miller, Coordinator, The Family Council
Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health – Affiliated with the Centre for Addiction and Mental Health	Bill Wilkerson, Co-Founder and Chief Executive Officer
Human Resources Development Canada	Deborah Tunis, Director General, Office for Disability Issues
McGill University Health Centre	Juan C. Negrete, MD, FRCP(C) Professor of Psychiatry, McGill University, Chair, Addictions Section, Canadian Psychiatric Association
McMaster University	Dr. Richard P. Swinson, MD, FRCPC, Morgan Firestone Chair in Psychiatry, Psychiatry & Behavioural Neurosciences, McMaster University, Chief, Department of Psychiatry, St.Joseph's Healthcare
NAHO National Aboriginal Health Organization	Judith G. Bartlett, M.D. CCFP, Chairperson
Ottawa Hospital	Paul Roy, MD, FRCPC, Assistant Professor of Psychiatry, University of Ottawa, Director, Ottawa First Episode Psychosis Program
Royal Ottawa Hospital	J. Paul Fedoroff, M.D., Associate Professor of Psychiatry, University of Ottawa, Research Director, Forensic Unit, Institute of Mental Health Research
Six Nations Mental Health Services	Cornelia Wieman, M.D., FRCPC, Psychiatrist
Syncrude	Eric P. Newell, Chairman & Chief Executive Officer

University of British Columbia – Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit, Department of Psychiatry	Elliot Goldner, MD, MHSc, FRCPC, Head, Division of Mental Health Policy & Services
University of Ottawa – Office of the Vice-President, Research	Yvonne Lefebvre, Ph.D., Associate Vice-President, Research
University of Ottawa- School of Psychology	John Hunsley, Ph.D., C. Psych., Professor of Psychology
University of Toronto – Sunnybrook & Women's College Health Sciences Centre	Nathan Herrmann, M.D., F.R.C.P. (C)

SENATE SÉNAT
CANADA

RAPPORT 3

Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie:

Problèmes et options pour le Canada

Rapport provisoire du
Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

L'honorable Michael J.L.Kirby, *président*
L'honorable Wilbert Joseph Keon, *vice-président*

Novembre 2004

This document is available in English

Disponible sur l'internet Parlementaire:
www.parl.gc.ca
(Travaux des comités – Sénat – Rapports)
38^{e} législature – 1ère session

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

Rapport provisoire au sujet de :
La santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie

Rapport 3

SANTÉ MENTALE, MALADIE MENTALE ET TOXICOMANIE: PROBLÈMES ET OPTIONS POUR LE CANADA

Président
L'honorable Michael J.L. Kirby

Vice-président
L'honorable Wilbert Joseph Keon

Novembre 2004

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES i

ORDRE DE RENVOI iii

SÉNATEURS iv

INTRODUCTION 1

CHAPITRE 1: PRESTATION DES SERVICES ET DES MOYENS DE SOUTIEN 5

1.1 SYSTÈME AXÉ SUR LE PATIENT/CLIENT ET ORIENTÉ SUR LE RÉTABLISSEMENT PAR LE BIAIS DE PLANS D'INTERVENTION PERSONNALISÉS 5

1.2 PRESTATION DE SERVICES ET DE MOYENS DE SOUTIEN COMPATIBLES AVEC LA CULTURE DES PATIENTS/CLIENTS 7

1.3 COORDINATION ET INTÉGRATION DU SYSTÈME PRIVILÉGIANT UNE PRESTATION COMMUNAUTAIRE 7

1.4 DÉPISTAGE ET INTERVENTION PRÉCOCES 9

1.5 AMÉLIORATION DE L'ACCÈS 10

CHAPITRE 2: GROUPES ET SOUS-GROUPES CONCERNÉS 13

2.1 ENFANTS ET ADOLESCENTS 13

2.2 AUTOCHTONES 15

2.3 PERSONNES ÂGÉES 17

2.4 CAS COMPLEXES 19

CHAPITRE 3: MILIEU DE TRAVAIL 21

3.1 EMPLOYEURS 21

3.2 COMMISSIONS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL 23

3.3 PROGRAMMES FÉDÉRAUX DE LA SÉCURITÉ DU REVENU 24

3.4 GOUVERNEMENT FÉDÉRAL, EMPLOYEUR DE TAILLE 25

CHAPITRE 4: PROBLÈMES PARTICULIERS 27

4.1 COMBATTRE LA STIGATISATION ET LA DISCRIMINATION 27

4.2 PRÉVENTION DU SUICIDE 29

CHAPITRE 5: RESSOURCES HUMAINES 33
5.1 OFFRE DE RESSOURCES HUMAINES 33
5.2 SECTEUR DES SOINS PRIMAIRES 34
5.3 TRAVAILLEURS COMMUNAUTAIRES ET POLICIERS 36
5.4 SOUTIEN DES AIDANTS NATURELS 37

CHAPITRE 6: BANQUE D'INFORMATION NATIONALE, RECHERCHE ET TECHNOLOGIE 39
6.1 ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES 39
6.2 BANQUE D'INFORMATION NATIONALE 40
6.3 RECHERCHE 41
6.4 TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION ET DES COMMUNICATIONS 44
6.5 PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS 48

CHAPITRE 7: LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL 51
7.1 RÔLE DIRECT 51
7.2 RÔLE INDIRECT 52
7.3 COLLABORATION INTERGOUVERNEMENTALE 54
7.4 PLAN D'ACTION NATIONAL 56

CHAPITRE 8: FINANCEMENT DE LA RÉFORME, RENDEMENT ET REDDITION DE COMPTES 59
8.1 NIVEAU DE FINANCEMENT 59
8.2 FINANCEMENT DISTINCT 61
8.3 RENDEMENT ET REDDITION DE COMPTES 61

CONCLUSION 63

ANNEXE A: LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ TROISIÈME SESSION DE LA 37^E LÉGISLATURE (2 FÉVRIER AU 23 MAI 2004) I

ANNEXE B: LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ DEUXIÈME SESSION DE LA 37^E LÉGISLATURE (30 SEPTEMBRE 2002 – 12 NOVEMBRE 2003) IX

ANNEXE C: LISTE DES INDIVIDUS QUI ONT RÉPONDU À UNE LETTRE DU COMITÉ AU SUJET DES PRIORITÉS POUR LA RÉFORME DANS LE SECTEUR DE LA MALADIE MENTALE XV

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 7 octobre 2004

L'honorable sénateur Kirby propose, appuyé par l'honorable sénateur Losier-Cool,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner, pour en faire rapport, les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système des soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le Comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale ;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur l'étude de la santé mentale et des maladies mentales par le Comité durant la trente-septième législature soient déférés au Comité ;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 16 décembre 2005 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions jusqu'au 31 mars 2006.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

SÉNATEURS

Les sénateurs suivants ont participé à l'étude du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologies sur l'état du système de soins de santé (plus particulièrement sur la santé mentale):

L'honorable Michael J. L. Kirby, president du Comité
L'honorable Wilbert Joseph Keon, vice-président du Comité

Les honorables sénateurs:

Catherine S. Callbeck
Ethel M. Cochrane
Joan Cook
Jane Mary Cordy
Joyce Fairbairn, P.C.
Aurélien Gill
Janis G. Johnson
Marjory LeBreton
Viola Léger
Yves Morin
Lucie Pépin
Brenda Robertson (retraitée)
Douglas Roche (retraité)
Eileen Rossiter (retraitée)
Marilyn Trenholme Counsell

Membres d'office du Comité:
Les honorables sénateurs: Jack Austin P.C. (ou William Rompkey) et Noël A. Kinsella (ou Terrance Stratton)

Autres sénateurs ayant participle de temps à autre à cette étude:
Les honorables sénateurs Di Nino, Forrestall, Kinsella, Lynch-Staunton, Milne et Murray.

SANTÉ MENTALE, MALADIE MENTALE ET TOXICOMANIE: PROBLÈMES ET OPTIONS POUR LE CANADA

INTRODUCTION

Nous allons passer brièvement en revue les grands problèmes que posent la prestation des services de santé mentale et les traitements contre la toxicomanie au Canada, proposer des pistes de solutions pour certains d'entre eux et lancer un débat public qui permettra aux Canadiens de donner leur opinion sur la façon de les régler.

Deux autres rapports résumant les données dont nous nous sommes servis viennent compléter ce document qui présente les problèmes et les solutions. Le premier, intitulé *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada*, donne un aperçu des politiques et des services au pays en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie.[1] Le second, intitulé *Politiques et programmes de certains pays en matière de santé mentale*, décrit les politiques et programmes en vigueur dans quatre pays – l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis – et en tire des conclusions applicables à la réforme du domaine de la santé mentale au Canada.[2] Le Comité incite ardemment les intéressés à lire attentivement les deux rapports complémentaires avant de préparer leurs interventions.

Les problèmes, principes, questions et solutions que nous exposons ci-dessous sont en partie le produit de ce que le Comité a appris aux audiences publiques qu'il a tenues entre février 2003 et mai 2004. Il en entendu 104 témoins en 24 séances publiques qui ont duré 55 heures en tout. De plus, le Comité a reçu 43 lettres et 114 mémoires, commandé deux études (l'une sur la recherche et l'autre sur les questions d'éthique) et fait librement usage des publications des théoriciens autant que des praticiens sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie.

Le Comité est impatient de savoir quelles politiques gouvernementales, tant au palier provincial/territorial que fédéral, les Canadiens privilégient pour résoudre les problèmes soulevés ci-après. Il tiendra des séances publiques dans tout le pays de février à juin 2005 avant de publier, en novembre 2005, ses recommandations sur la meilleure façon de régler les problèmes et questions traités.

Le Comité tiendra des séances publiques dans tout le pays de février à juin 2005 avant de publier, en novembre 2005, ses recommandations sur la meilleure façon de régler les problèmes et questions traités.

---

1 Ci-après le « Premier rapport ».

2 Ci-après le « Deuxième rapport ».

Le présent document Problèmes et options peut être considéré comme un sommaire des constatations et observations présentées dans les deux rapports complémentaires. Il ne saurait en être dissocié et il renvoie d'ailleurs constamment à ceux-ci. **Par conséquent, le Comité encourage instamment les lecteurs à consulter les sections pertinentes des premier et deuxième rapports à mesure qu'ils examinent les problèmes, questions et options présentés ci-après.**

Le plan du rapport reflète le parti pris de notre étude pour la perspective du patient/client. Ainsi, les problèmes de prestation des services sont analysés du point de vue de la personne qui bénéficie du service ou moyen de soutien plutôt que de celui de l'établissement ou organisme qui le fournit. Par ailleurs, les problèmes sont traités en fonction des besoins propres à certains segments de la population – enfants et adolescents, personnes âgées, Canadiens autochtones, patients au cas complexe – et non du type de trouble mental.

Nous traitons aussi des services et des moyens de soutien nécessaires pour répondre adéquatement aux besoins du patient/client et soulevons des questions à propos des politiques gouvernementales à adopter compte tenu des problèmes de ressources humaines en santé mentale, de la réforme des soins de santé primaires, de la recherche en santé mentale et de l'usage de la technologie (p. ex. dossiers électroniques des patients et télésanté).

Enfin, nous présentons en conclusion une série de questions sur le rôle que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient être appelés à jouer pour améliorer le réseau canadien des services en santé mentale et en toxicomanie. Par exemple, quels devraient être les éléments clés des plans d'action fédéraux et provinciaux pour la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie? Comment faudrait-il contrôler la mise en œuvre de ces plans? Comment et à qui les gouvernements devraient-ils rendre compte de la mise en œuvre de leurs plans? Comment devrait-on financer l'amélioration des services en santé mentale et du traitement de la toxicomanie? S'il faut augmenter les budgets, comment obtenir les montants supplémentaires et de quelles sources?

Le Comité est conscient que s'il est bien de faire des recommandations, encore faut-il que celles-ci soient mises en œuvre pour que tout son travail sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie soit vraiment utile.

Le Comité presse tous ceux et toutes celles qui s'intéressent à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie de participer à la phase consultative prochaine, soit en venant témoigner entre février et juin 2005, soit en faisant parvenir une lettre ou un mémoire exposant votre opinion. La qualité de notre rapport final et de nos recommandations, voire le bien-être de tous ceux qui sont aux prises avec la maladie mentale ou la toxicomanie au Canada dépendent de la libre discussion des problèmes, des questions et des options exposés ci-dessous et de l'abondance des commentaires qui nous seront transmis.

Le Comité comprend parfaitement qu'il ne pourra y avoir progrès que lorsqu'une très forte proportion de ceux qui s'occupent de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie seront disposés à contribuer tangiblement au changement, notamment en modifiant, à leur niveau, leur participation au « système ».

Le Comité est conscient que s'il est bien de faire des recommandations, encore faut-il que celles-ci soient mises en œuvre pour que tout son travail sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie soit vraiment utile. Il sait aussi qu'une étude, même très solide, aboutit invariablement sur les tablettes si les recommandations qu'elle contient se heurtent à une trop forte résistance de la part des principaux intéressés. Par conséquent, le Comité a particulièrement hâte de connaître le point de vue de ces principaux intéressés sur les solutions pratiques exposées ici afin d'optimiser les chances que ses recommandations ne restent pas sans suite. Compte tenu du degré de résistance au changement qu'on trouve dans tout grand système, en particulier dans un système qui regroupe autant d'intervenants que la santé mentale et la toxicomanie, il est difficile de produire des recommandations qui peuvent être mises en pratique et qui le seront effectivement. C'est pourtant l'objectif primordial du Comité. Cela dit, le Comité comprend parfaitement qu'il ne pourra y avoir progrès que lorsqu'une très forte proportion de ceux qui s'occupent de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie seront disposés à contribuer tangiblement au changement, notamment en modifiant, à leur niveau, leur participation au « système ».

CHAPITRE 1:
PRESTATION DES SERVICES ET DES MOYENS DE SOUTIEN

Le système envisagé par le Comité pour la santé mentale et le traitement de la toxicomanie a deux caractéristiques clés : il est axé sur le patient et sur son rétablissement. Il adapte ses services pour qu'ils répondent aux besoins du patient/client dans le respect de ses sensibilités culturelles. Il assure le diagnostic et le traitement précoces du patient dès les premiers signes de maladie mentale ou de toxicomanie.

C'est aussi un système parfaitement intégré dans lesquels les services et moyens de soutien sont accessibles, de grande qualité et bien coordonnés. Nous rejetons dès lors carrément l'actuelle approche du cloisonnement des services en santé mentale et en toxicomanie (également appliquée dans une trop grande partie du réseau des services de santé en général).

1.1 SYSTÈME AXÉ SUR LE PATIENT/CLIENT ET ORIENTÉ SUR LE RÉTABLISSEMENT PAR LE BIAIS DE PLANS D'INTERVENTION PERSONNALISÉS

L'une des principales critiques formulées à l'endroit des services et des moyens de soutien en santé mentale et en traitement de la toxicomanie au Canada, tient à ce que le système s'organise surtout autour du fournisseur (et souvent pour sa commodité à lui) plutôt qu'autour du patient/client. Au lieu de s'adapter aux besoins des patients/clients atteint de maladie mentale ou de toxicomanie, on demande à ces derniers de s'adapter au système et de se contenter des services et des moyens de soutien qu'il est en mesure de leur fournir.[3]

L'une des principales critiques formulées à l'endroit des services et des moyens de soutien en santé mentale et en traitement de la toxicomanie au Canada, tient à ce que le système s'organise surtout autour du fournisseur (et souvent pour sa commodité à lui) plutôt qu'autour du patient/client.

Voilà une constatation assez accablante, d'autant plus qu'elle est confirmée par plusieurs études provinciales ayant reconnu qu'il faut recentrer sur l'individu la prestation des services et des moyens de soutien en santé mentale et en toxicomanie. Pour améliorer la qualité de vie des patients/clients, il faudrait offrir sans délai des traitements, des services et des moyens de soutien sûrs et efficaces qui s'articuleraient autour des besoins des personnes ayant une maladie mentale ou une toxicomanie.[4]

Fournir des services et des moyens de soutien conçus expressément pour le patient est essentiel à son rétablissement.

Notre analyse internationale comparée montre que, dans les autres pays, on a précisément recentré le

[3] Premier rapport, chapitre 8.

[4] Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.1.

système sur le patient/client dans le domaine de la maladie mentale et de la toxicomanie.[5] Ainsi, dans certains pays, chaque patient atteint de graves troubles mentaux fait l'objet d'un plan d'intervention personnalisé résolument orienté sur le rétablissement.

Fournir des services et des moyens de soutien conçus expressément pour le patient est essentiel à son rétablissement. Le plan d'intervention personnalisé fournit une description détaillée des services et des moyens de soutien dont un malade mental ou un toxicomane a besoin pour se rétablir définitivement; il s'ajuste aux besoins du patient/client qui évoluent en fonction de sa maladie et de son âge.[6] Le financement de la réalisation des plans d'intervention personnalisés est habituellement rattaché au patient lui-même. Les patients qui ont besoin de services ou de moyens de soutien multiples et leurs familles ne devraient pas avoir à en faire la coordination eux-mêmes (comme c'est presque toujours le cas à l'heure actuelle); ce fardeau devrait être partagé avec les fournisseurs des services et moyens de soutien nécessaires.

Le Comité est maintenant convaincu que le statu quo est inacceptable. Alors, comment faut-il procéder pour recentrer le système des services en santé mentale et en toxicomanie sur le patient/client?

Le Comité est maintenant convaincu que le statu quo est inacceptable. Alors, comment faut-il procéder pour recentrer le système des services en santé mentale et en toxicomanie sur le patient/client? Faudrait-il aller jusqu'à l'adoption de plans d'intervention personnalisés et, dans l'affirmative, à quels types de patients/clients cette méthode serait-elle applicable? Quels types de renseignements ces plans devraient-ils contenir; autrement dit, que devraient-ils prévoir? Que faut-il changer à la structure actuelle de prestation des services pour offrir des plans d'intervention personnalisés aux malades mentaux et toxicomanes? Qui devrait coordonner la mise en œuvre du plan d'intervention personnalisé de chaque patient/client?

Quels incitatifs sont envisageables et comment parvenir à les introduire dans le système pour provoquer les changements qui favoriseront un recentrage sur le patient/client?

Si l'on modifiait le mode de rémunération des professionnels et des établissements au profit d'un financement rattaché au patient/client, cela aurait-il un effet incitatif assez puissant pour que les services et moyens de soutien en maladie mentale et toxicomanie se recentrent véritablement sur le patient/client? Dans l'affirmative, quelles modifications s'imposent pour permettre l'implantation de ce nouveau mode de financement/rémunération? Dans le cas contraire, quels incitatifs sont envisageables et comment parvenir à les introduire dans le système pour provoquer les changements qui favoriseront un recentrage sur le patient/client? De façon générale, quelles seraient les implications d'un budget rattaché au patient?

En outre, le Comité fait remarquer dans son premier rapport que la faculté décisionnelle de ceux qui souffrent d'une maladie mentale ou de toxicomanie peut être affaiblie à degrés divers et irrégulièrement dans le temps.[7] En conséquence, comment un système centré sur le

[5] Deuxième rapport, chapitre 5, section 5.7.
[6] Premier rapport, chapitre 4, section 4.9.
[7] Premier rapport, chapitre 8 (section 8.3) et chapitre 11 (section11.2).

patient/client peut-il mettre en équilibre les droits individuels des personnes atteintes de graves troubles mentaux et le rôle que doit jouer la société en s'occupant d'elles avec compassion tout en se protégeant? Y a-t-il lieu d'entreprendre une révision des lois des diverses provinces et territoires concernant la santé mentale en vue de supprimer les disparités qui s'observent actuellement, pour arriver à un cadre légal national et uniforme?

1.2 PRESTATION DE SERVICES ET DE MOYENS DE SOUTIEN COMPATIBLES AVEC LA CULTURE DES PATIENTS/CLIENTS

Certains segments de la population canadienne éprouvent des difficultés d'accès particulières et reçoivent des services de qualité inférieure à cause de barrières culturelles, linguistiques ou géographiques. Ce sont les Autochtones, les personnes de culture ou de langue différente de celles de la majorité, et les résidents de régions rurales ou éloignées. En fait, le manque de services et de moyens de soutien adaptés aux cultures dessert bien des gens.

> **Un nombre croissant de Canadiens proviennent de milieux culturels et linguistiques différents. De quels mécanismes faut-il se doter pour offrir des services et des moyens de soutien qui respectent la culture du patient/client?**

Un nombre croissant de Canadiens proviennent de milieux culturels et linguistiques différents. De quels mécanismes faut-il se doter pour offrir des services et des moyens de soutien qui respectent la culture du patient/client? Le gouvernement fédéral a-t-il un rôle à jouer à cet égard, puisqu'il lui incombe de promouvoir la diversité culturelle? De plus, que pensent les Canadiens appartenant à une minorité de langue officielle, de leur accès au réseau des services en santé mentale et en toxicomanie? Que peut faire le gouvernement fédéral pour qu'aucune barrière linguistique n'empêche un patient de recevoir les soins dont il a besoin? [Le rôle du gouvernement fédéral dans la prestation des services en santé mentale et en toxicomanie en milieu autochtone est traité en détail au chapitre 2 (section 2.2) et au chapitre 7 (section 7.1) ci-après.]

1.3 COORDINATION ET INTÉGRATION DU SYSTÈME PRIVILÉGIANT UNE PRESTATION COMMUNAUTAIRE

> **Comment faire pour répartir équitablement le fardeau de la coordination et de l'intégration des services et moyens de soutien entre le système, d'une part, et les patients et leurs familles, d'autre part?**

Les gens atteints d'une maladie mentale ou d'une toxicomanie sont souvent désemparés et se sentent dépassés lorsqu'ils doivent non seulement trouver des services et des moyens de soutien, mais aussi faire l'intégration des soins psychiatriques, des traitements contre la toxicomanie, des services d'aide (logement, éducation, etc.) et d'un régime de prestations d'invalidité qui relèvent d'une foule de programmes, tout à fait indépendants les uns des autres, ressortissant à d'organismes fédéraux, provinciaux et régionaux, ainsi qu'à diverses organisations non gouvernementales.[8] Comment faire pour répartir équitablement le fardeau de la coordination

[8] Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.1.

et de l'intégration des services et moyens de soutien entre le système, d'une part, et les patients et leurs familles, d'autre part?

Pour abandonner l'approche du cloisonnement qui prédomine actuellement dans le monde de la santé mentale et du traitement des toxicomanies et assurer une prestation intégrée des soins, il faudrait que les nombreuses organisations qui offrent des services renoncent à leur autonomie. Quels outils employer pour mettre sur pied un système intégré regroupant les services et moyens de soutien en santé mentale et le traitement de la toxicomanie? Quels incitatifs permettraient de surmonter les obstacles qui empêchent les organismes en place de travailler de concert, en abandonnant leur autonomie au profit de l'interdépendance? Il semble y avoir un sérieux dédoublement et chevauchement entre la multitude d'ONG qui dispensent des services et des moyens de soutien aux malades mentaux et aux toxicomanes; comment peut-on éliminer ce problème?

Quels incitatifs permettraient de surmonter les obstacles qui empêchent les organismes en place de travailler de concert, en abandonnant leur autonomie au profit de l'interdépendance?

Quel est le meilleur moyen d'intégrer les services et programmes en toxicomanie pour composer un véritable réseau de services en santé mentale? Comment améliorer la coordination entre les services en santé mentale et en toxicomanie et les autres « silos » au sens large du secteur social (logement, éducation, emploi, soutien du revenu, etc.)? Si nous ne voulons pas « imposer » de formule, à quels incitatifs pourrions-nous avoir recours pour accélérer les changements qui s'imposent dans le système des services en santé mentale et en toxicomanie? Peut-on envisager de resserrer les liens entre les différents programmes et structures administratives uniquement en entretenant de bonnes relations ou faut-il conclure des protocoles d'entente ou des conventions de services pour y parvenir? Quand on entreprend une intégration structurelle, à quels services et moyens de soutien communautaires faut-il accorder la priorité? Est-ce une bonne idée de mettre sur pied des projets pilotes locaux?

Une foule d'autres questions demeurent sans réponse pour le moment. Comment le Canada peut-il établir un énoncé clair des rôles et des responsabilités des divers organismes qui prodiguent des services et des moyens de soutien en santé mentale et en toxicomanie? En particulier, quels devraient être le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral, des gouvernements provinciaux et territoriaux, des régies régionales de la santé, des divers ministères et organismes provinciaux (santé, éducation, services sociaux, logement, justice, assistance sociale, etc.), des fournisseurs de soins de santé mentale, des organisations non gouvernementales, des groupes d'entraide, etc.?

Comment allouer le financement public de façon à encourager la collaboration à l'intérieur des secteurs de la santé mentale et de la toxicomanie et entre eux? Quelle forme de financement conviendrait le mieux et aurait l'effet incitatif le plus efficace pour atteindre cet objectif? Quel

Comment allouer le financement public de façon à encourager la collaboration à l'intérieur des secteurs de la santé mentale et de la toxicomanie et entre eux? Quelle forme de financement conviendrait le mieux et aurait l'effet incitatif le plus efficace pour atteindre cet objectif?

type de financement ou de mécanisme aiderait à établir une meilleure coordination entre le réseau en santé mentale et en toxicomanie et le grand système social? [Le financement est traité en détail au chapitre 8 (sections 8.1 et 8.2) ci-après.]

1.4 DÉPISTAGE ET INTERVENTION PRÉCOCES

Une intervention précoce est fondamentale pour tuer dans l'œuf une maladie naissante; il est aussi important de maîtriser les symptômes et d'améliorer les pronostics. Or, plus le bon traitement commence tôt et meilleur est le pronostic du patient/client.[9]

L'intervention précoce est importante quel que soit le groupe d'âge, mais elle est primordiale chez les enfants et les adolescents. La plupart des troubles mentaux des adultes apparaissent à l'adolescence et au début de l'âge adulte, justement quand une intervention précoce peut atténuer sensiblement la perturbation des études, de la vie professionnelle et du développement social du malade. Les gains réalisés à ce moment là se font souvent sentir toute la vie durant.

Que faut-il faire pour qu'on en vienne à accorder encore plus d'importance au dépistage et à l'intervention précoces dans les cas de troubles mentaux chez les enfants et les adolescents? Recourir à des programmes pour la santé mentale dans les écoles? À un dépistage systématique des troubles mentaux chez les élèves du secondaire? Au dépistage du diagnostic mixte et des troubles concourants? Quels changements faut-il apporter aux systèmes de santé, de santé mentale et de toxicomanie, d'éducation et de service social en général pour faciliter la précocité d'intervention? [Les questions touchant les enfants et les adolescents sont traitées en détail au chapitre 2 (section 2.1) ci-après.]

Que faut-il faire pour qu'on en vienne à accorder encore plus d'importance au dépistage et à l'intervention précoces dans les cas de troubles mentaux chez les enfants et les adolescents? Recourir à des programmes pour la santé mentale dans les écoles? À un dépistage systématique des troubles mentaux chez les élèves du secondaire? Au dépistage du diagnostic mixte et des troubles concourants?

Le dépistage et l'intervention précoces devraient aussi être envisagés du point de vue de la santé publique en général. Il est essentiel d'améliorer les conditions sociales que nous savons essentielles à une bonne santé mentale (p. ex., un milieu physique et social sain, de bonnes aptitudes à l'adaptation, etc.) pour assurer non seulement le rétablissement des patients ayant des troubles mentaux mais aussi leur bonne santé mentale par la suite. Par conséquent, il faut s'attaquer aux racines mêmes de la maladie mentale et de la toxicomanie an adoptant des politiques ciblant la pauvreté, l'itinérance, le manque d'instruction, etc., et développer la capacité communautaire de s'occuper de ces questions.

Quel rôle le gouvernement fédéral devrait-il jouer dans la conception et la mise en œuvre d'une stratégie de santé publique concernant la santé mentale des Canadiens? Quels ministères fédéraux devraient y participer? Comment le gouvernement fédéral pourrait-il

---

9 Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.7.

amener les provinces et territoires et les autres parties prenantes à coopérer étroitement aux initiatives ciblant les racines de la maladie mentale et de la toxicomanie?

1.5 AMÉLIORATION DE L'ACCÈS

Malgré les efforts déployés par toutes les provinces et tous les territoires pour améliorer la prestation des services et des moyens de soutien en santé mentale et en toxicomanie, la majorité des Canadiens ayant des troubles mentaux ne consultent pas et ne sont pas traités. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), réalisée récemment par Statistique Canada, a montré que 32 p. 100 seulement des personnes souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie ont consulté, en personne ou autrement, un professionnel de la santé (psychiatre, médecin de famille, médecin spécialiste, psychologue, travailleur social ou infirmier) dans les 12 mois ayant précédé l'enquête.[10]

Que pourrait-on faire pour améliorer la situation? Il serait possible d'établir une charte du patient qui fixerait les normes d'accès aux services de santé mentale, que ce soit les soins de santé primaires, les services de santé mentale spécialisés ou les soins actifs. En Ontario, le Groupe d'étude sur la mise en œuvre de la réforme du système de santé mentale du district de Champlain (2002) a recommandé l'adoption d'une charte provinciale des droits des patients des services de santé mentale. D'autres groupes ont suggéré une forme de loi équitable, destinée à combler le fossé qui sépare les pathologies physiques des troubles mentaux, sur le plan des services offerts et du financement public. D'autres encore préconisent la nomination de défenseurs de la santé mentale, des fonctionnaires auxquels pourraient s'adresser les personnes ayant de la difficulté à obtenir les services de santé mentale et les moyens de soutien dont elles auraient besoin. Il y a eu un tel défenseur en Colombie-Britannique durant un temps, mais le poste a été supprimé à la création du ministère d'État de la Santé mentale et de la toxicomanie.[11] Le Comité sollicite le point de vue des lecteurs sur ces solutions ou d'autres suggestions qui seraient envisageables.

Compte tenu de la situation actuelle, est-il nécessaire d'établir des normes nationales régissant les délais d'attente pour les services de santé mentale et le traitement de la toxicomanie?

Dans son rapport d'octobre 2002, le Comité a recommandé que l'on accorde une garantie de soins de santé et qu'un délai d'attente maximum soit fixé en fonction des besoins pour les consultations en soins primaires, la première consultation d'un spécialiste, les tests diagnostiques et la chirurgie.[12] Compte tenu de la situation actuelle, est-il nécessaire d'établir des normes nationales

Le gouvernement fédéral et chacun des gouvernements provinciaux et territoriaux devraient-ils former un comité consultatif sur la santé mentale et la toxicomanie, qui serait représentatif d'un large éventail d'individus ayant une maladie mentale ou une toxicomanie pour faciliter la conception d'un système centré sur le patient?

---

[10] Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.6.

[11] *Ibid.*

[12] *Recommandations en vue d'une réforme*, octobre 2002, chapitre 6.

régissant les délais d'attente pour les services de santé mentale et le traitement de la toxicomanie?

De toute évidence, il faudra obtenir le point de vue des patients/clients au sujet des changements apportés au système de santé mentale et de toxicomanie et de leur mise en application. Dans l'intervalle, le gouvernement fédéral et chacun des gouvernements provinciaux et territoriaux devraient-ils former un comité consultatif sur la santé mentale et la toxicomanie, qui serait représentatif d'un large éventail d'individus ayant une maladie mentale ou une toxicomanie pour faciliter la conception d'un système centré sur le patient? Un autre mécanisme serait-il préférable?

CHAPITRE 2: GROUPES ET SOUS-GROUPES CONCERNÉS

Il n'existe pas, dit-on, de modèle universel et le Comité s'en est laissé convaincre. Les malades mentaux et les toxicomanes ne forment pas un groupe homogène. Ce sont des êtres humains ayant leur spécificité propre qu'il faut respecter. On peut tout de même les classer grosso modo en sous-groupes chacun confrontés à leurs propres obstacles et ayant besoin de services particuliers : les enfants et adolescents, les Autochtones, les personnes âgées et les individus aux besoins particulièrement complexes, pour n'en mentionner que quelques-uns.

2.1 ENFANTS ET ADOLESCENTS

Comme nous l'avons indiqué dans notre premier rapport, la prévalence générale de la maladie mentale chez les enfants et les adolescents au Canada oscille en permanence aux environs de 15 p. 100. Cela signifie qu'à n'importe quel moment donné, on dénombre quelque 1,2 million d'enfants et d'adolescents qui sont atteints d'une maladie mentale ou d'une toxicomanie suffisamment grave pour occasionner chez eux une grande détresse et une altération fonctionnelle. Les maladies mentales les plus fréquentes chez les jeunes sont les troubles anxieux (6,5 p. 100), les troubles de comportement (3,3 p. 100), le trouble déficitaire de l'attention (3,3 p. 100), le trouble dépressif (2,1 p. 100), les troubles liés à la consommation de substances psychoactives (0,8 p. 100) et l'autisme ou tout autre trouble envahissant du développement (0,3 p. 100).[13]

Dans la plupart des provinces et des territoires, on note actuellement un énorme mécontentement au sujet de la prestation des services aux enfants et aux adolescents. Les services et les moyens de soutien en santé mentale pour ce groupe ont été qualifiés de « parent pauvre du parent pauvre » du système de santé, étant donné qu'on dit souvent de la santé mentale qu'elle est le parent pauvre du système de santé du Canada.

Les services et les moyens de soutien en santé mentale pour ce groupe ont été qualifiés de « parent pauvre du parent pauvre » du système de santé, étant donné qu'on dit souvent de la santé mentale qu'elle est le parent pauvre du système de santé du Canada.

Du côté des provinces et des territoires, la prestation des services de santé mentale aux jeunes est extrêmement morcelée et mal coordonnée, puisqu'une foule de ministères et d'organismes différents (p. ex., santé mentale, soins de santé primaires, hôpitaux, aide à l'enfance, écoles, jeunes contrevenants, services de lutte contre la toxicomanie, services d'éducation spécialisée) s'en occupent habituellement. Le pire, c'est que la plupart des politiques et des programmes en santé mentale visent d'abord la population adulte. Par

Quelle est la meilleure façon de constituer un réseau intégré et bien coordonné des services et des moyens de soutien pour lutter contre la prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents?

[13] Premier rapport, chapitre 5, section 5.1.2.

conséquent, les services pour enfants et adolescents se sont développés lentement et uniquement en marge des programmes pour adultes.

Quelle est la meilleure façon de constituer un réseau intégré et bien coordonné des services et des moyens de soutien pour lutter contre la prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents, à partir des multiples couches de programmes obéissant à de bonnes intentions mais sans la moindre coordination? Quelles mesures précises faut-il adopter pour veiller à la santé mentale des jeunes? Faudrait-il d'abord que les divers ministères et organismes gouvernementaux conçoivent en collaboration avec les autres intervenants, une stratégie interministérielle pour la santé mentale des jeunes? Par la suite, devrait-on établir des protocoles qui seraient mis en application pour assurer l'efficacité de la collaboration et de la communication entre les divers protagonistes? Est-ce que chaque province devrait mettre sur pied un organisme ou un ministère consacré à la santé mentale des enfants et adolescents?

Plusieurs provinces, notamment l'Alberta, la Colombie-Britannique et l'Île-du-Prince-Édouard, ont mis en œuvre des stratégies visant exclusivement la santé mentale des enfants. Quelle leçon tirer de ces initiatives provinciales? Y a-t-il des modèles provinciaux/territoriaux ou régionaux que le Comité devrait examiner?

D'instinct, on trouve évident qu'il est essentiel de fournir des services de santé mentale à l'école puisqu'elle constitue un environnement familier qui permet d'intervenir auprès des jeunes ayant des ennuis de santé mentale. D'ailleurs, dans bien des ressorts, l'école est considérée comme un intervenant clé du réseau de prestation des services de santé mentale et moyens de soutien. Quels services et moyens de soutien pourrait-on prodiguer d'une manière efficiente et économique dans le système scolaire?

Quels services et moyens de soutien pourrait-on prodiguer d'une manière efficiente et économique dans le système scolaire?

Il est difficile, presque partout, d'obtenir des services de santé mentale et des moyens de soutien pour les enfants et les adolescents. Là où de tels services sont offerts, les listes d'attente sont généralement longues. Il apparaît donc qu'il faudra presque partout augmenter la capacité pour qu'un minimum de services soient accessibles. Le Comité a compris que, dans la mesure du possible, les services devraient être offerts là où les jeunes et leur famille passent le plus clair de leur temps (p. ex., à l'école ou à la maison) et dans des plages horaires commodes. Voilà qui soulève une série d'autres questions. Combien coûterait un accroissement de la capacité? Quelle est la gravité de la pénurie de professionnels dans le domaine des soins de santé mentale pour enfants et adolescents? Faudrait-il donner aux fournisseurs des soins de santé primaires et au personnel enseignant une formation plus complète sur le dépistage précoce des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents? Les chercheurs en santé mentale devraient-ils consacrer plus de temps et de ressources à l'étude des problèmes qu'éprouvent les enfants et les adolescents?

Les chercheurs en santé mentale devraient-ils consacrer plus de temps et de ressources à l'étude des problèmes qu'éprouvent les enfants et les adolescents?

Faudrait-il concevoir de nouveaux programmes et services pour faciliter la transition aux services de santé mentale pour adulte?

Le Comité a entendu des exposés sur les besoins particuliers des adolescents, dans le domaine de la santé mentale, au moment de leur passage à l'âge adulte. Certains ont soulevé notamment la question générale de la jonction entre les systèmes et services organisés pour les jeunes et ceux qui s'adressent à une clientèle adulte. D'une part, il est probable qu'un adolescent continue d'avoir besoin de services de santé mentale et de moyens de soutien au lendemain de son 18[e] anniversaire, mais c'est à cette date qu'il cesse d'avoir droit aux services réservés aux jeunes. D'autre part, la transition entre l'adolescence et l'âge adulte peut être une période difficile et il est vraisemblable que les services et les moyens de soutien soient plus nécessaires que jamais auparavant durant cette phase importante du développement. Comment les divers systèmes pourraient-ils collaborer pour offrir un service intégré aux adolescents qui en sont au passage à l'âge adulte? Faudrait-il concevoir de nouveaux programmes et services pour faciliter la transition aux services de santé mentale pour adulte?

2.2 AUTOCHTONES

Comme nous le soulignons dans notre premier rapport complémentaire, selon la définition à l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982*, l'expression « peuples autochtones » désigne les « Indiens, les Inuits et les Métis du Canada ». Malgré cette définition assez large, le gouvernement fédéral assume actuellement l'entière responsabilité des Indiens qui vivent dans les réserves et de certaines populations inuites. Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada sont aujourd'hui les deux principaux ministères fédéraux chargés de fournir des services de santé physique et mentale, des traitements contre la toxicomanie, des services sociaux et des moyens de soutien aux Premières nations dans les réserves et aux Inuits.[14]

Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables des Autochtones qui vivent en dehors des réserves, y compris les Métis et les Indiens non inscrits qui ont accès aux programmes et services au même titre que les autres résidents. L'hétérogénéité de la population autochtone conjuguée au partage des compétences au Canada a dressé d'imposantes barrières contre l'établissement d'un régime complet pour la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie chez les Canadiens autochtones.[15]

L'hétérogénéité de la population autochtone conjuguée au partage des compétences au Canada a dressé d'imposantes barrières contre l'établissement d'un régime complet pour la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie chez les Canadiens autochtones.

Si bien des causes de la maladie mentale, de la toxicomanie et du comportement suicidaire sont les mêmes chez les Autochtones que chez les non-Autochtones, il s'ajoute dans les collectivités autochtones des facteurs culturels qui jouent sur la prise de décisions et l'idéation suicidaire chez l'individu.

Malgré le peu de données sur la prévalence des troubles mentaux chez les Autochtones, les auteurs s'entendent sur le fait que les communautés autochtones sont affligées de taux de maladie mentale, de toxicomanie et de comportement suicidaire sensiblement plus élevés que la population en général. En outre, les taux de prévalence du syndrome d'alcoolisation fœtale et des effets de l'alcool sur le fœtus (SAF/EAF) dans

---

14 Premier rapport, chapitre 9 section 9.2.1.

15 *Ibid.*

certaines de ces communautés sont supérieurs à la moyenne nationale.[16]

Les experts du domaine croient que, si bien des causes de la maladie mentale, de la toxicomanie et du comportement suicidaire sont les mêmes chez les Autochtones que chez les non-Autochtones, il s'ajoute dans les collectivités autochtones des facteurs culturels qui jouent sur la prise de décisions et l'idéation suicidaire chez l'individu. Parmi ces facteurs culturels, on retrouve les anciennes politiques gouvernementales, la création des réserves, le passage d'une vie active à un mode de vie sédentaire, les séquelles de la vie dans les pensionnats, le racisme, la marginalisation et la projection d'une image de soi négative.[17]

Plusieurs problèmes influent directement sur l'offre de services de santé mentale et de traitements contre la toxicomanie dans les collectivités autochtones :

- Premièrement, le système est extrêmement morcelé. Les services et les moyens de soutien sont fournis par une foule de directions et de divisions de différents ministères appartenant à divers ordres de gouvernement qui ne coopèrent pas. Ce morcellement est illustré par la pratique actuelle qui consiste à isoler les problèmes symptomatiques – toxicomanie, suicide, SAF/EAF, logements insalubres, chômage, etc. – et à concevoir des programmes autonomes pour essayer de les gérer chacun séparément.

- Deuxièmement, les habitudes que crée la dépendance sont entretenues depuis longtemps. Les ministères doivent déléguer aux collectivités autochtones le pouvoir de personnaliser les services et de les adapter en tenant compte des facteurs locaux. Autrement dit, les Autochtones devraient être épaulés pour concevoir leurs propres solutions au lieu de s'en faire imposer. Un tel changement favoriserait l'implantation de services et moyens de soutien plus conformes à leur culture et, partant, plus efficaces.

- Troisièmement, on constate une pénurie critique de professionnels autochtones en santé mentale et en toxicomanie. Par exemple, seulement quatre psychiatres au Canada sont d'origine autochtone.

Les Autochtones devraient être épaulés pour concevoir leurs propres solutions au lieu de s'en faire imposer. Un tel changement favoriserait l'implantation de services et moyens de soutien plus conformes à leur culture et, partant, plus efficaces.

- Quatrièmement, certaines provinces ont établi leur stratégie universelle pour la santé mentale en tenant compte des besoins des Autochtones. Dans les provinces où tel est le cas, les programmes fédéraux de santé mentale destinés aux Autochtones vivant dans les réserves ou en dehors devraient être harmonisés avec les régimes provinciaux pour la santé mentale et leurs stratégies d'application.

---

16 Premier rapport, chapitre 5, section 5.3.1.
17 *Ibid.*

Quelles devraient être les principales priorités du gouvernement fédéral lorsqu'il commencera à réformer la manière dont les services de santé mentale et les traitements contre la toxicomanie sont offerts aux Canadiens autochtones? Quelles seraient les structures idéales pour que les Autochtones puissent participer réellement à la conception des services dont ils ont besoin? Comment le gouvernement fédéral pourrait-il s'organiser pour fournir ces services avec le plus d'efficacité possible? Le gouvernement fédéral devrait-il offrir des incitatifs monétaires aux Canadiens autochtones pour les encourager à suivre une formation de travailleur en santé mentale?

La question sans doute la plus importante, compte tenu du dédoublement inutile et dispendieux des programmes non coordonnés, consiste à savoir qui devrait assumer la responsabilité d'analyser le milieu en vue de dresser l'inventaire des programmes actuels pour déterminer s'il y a dédoublement d'un gouvernement, ministère et organisme à l'autre, s'il y a des lacunes flagrantes et quelle serait la meilleure utilisation des ressources disponibles?

Quelles devraient être les principales priorités du gouvernement fédéral lorsqu'il commencera à réformer la manière dont les services de santé mentale et les traitements contre la toxicomanie sont offerts aux Canadiens autochtones?

2.3 PERSONNES ÂGÉES

Selon des experts de la question, la croissance accélérée de la population âgée entraînera une demande sans précédent étant donné la capacité que possède actuellement le système pour répondre aux besoins des personnes âgées en santé mentale. La dépression, la démence, les troubles délirants et le delirium sont les maladies mentales les plus courantes parmi les Canadiens âgés. L'incidence des troubles mentaux chez ceux qui se trouvent dans un établissement de soins prolongés ou en centre d'hébergement est beaucoup plus élevé que dans la population en général. Le taux de suicide chez les hommes de 80 ans ou plus est le plus élevé de tous les groupes d'âge.[18]

Les personnes âgées atteintes d'une maladie mentale ou de toxicomanie forment un segment de la population qui est particulièrement vulnérable et dont les besoins en santé sont uniques. Nombre d'entre elles croient à tort que les problèmes de santé mentale tels que la dépression ou une déficience cognitive font partie du processus normal du vieillissement et qu'il n'y a donc aucun traitement efficace. Les maladies mentales chez les personnes âgées peuvent être confondues avec d'autres en cas de comorbidité ou masquées par des troubles concourants, ce qui complique énormément

Les personnes âgées atteintes d'une maladie mentale ou de toxicomanie forment un segment de la population qui est particulièrement vulnérable et dont les besoins en santé sont uniques.

On peut aussi de demander s'il n'y aurait pas lieu de réviser les programmes d'études des facultés de médecine et de nursing pour y offrir des cours et des stages supplémentaires en gérontopsychiatrie.

[18] Premier rapport, chapitre 5, section 5.1.3.

leur diagnostic et leur traitement.

Tout cela fait ressortir la nécessité de recruter des professionnels spécialisés dans les soins aux personnes âgées ayant des troubles mentaux, y compris celles qui sont institutionnalisées. On peut aussi se demander s'il n'y aurait pas lieu de réviser les programmes d'études des facultés de médecine et de nursing pour y offrir des cours et des stages supplémentaires en gérontopsychiatrie.

Le Comité a appris que les actuels modèles de prestation ne répondent pas aux besoins complexes et très changeants des personnes âgées en santé mentale. Là encore, le manque de coordination entre les fournisseurs de services fait obstacle aux méthodes correctes et efficaces d'évaluation, de traitement et de prévention de la maladie mentale. Y a-t-il des problèmes particuliers qui empêchent la coordination et l'intégration des services et des moyens de soutien dont les personnes âgées ont besoin?

Y a-t-il des problèmes particuliers qui empêchent la coordination et l'intégration des services et moyens de soutien dont les personnes âgées ont besoin?

Peu d'études ont été publiées sur les pratiques exemplaires en santé mentale pour les personnes âgées ou sur l'urgence de rédiger des lignes directrices éclairées, applicables et validées pour aider les professionnels à adopter des pratiques exemplaires lorsqu'ils doivent traiter des patients chez qui on trouve simultanément de multiples maladies mentales et des problèmes de santé corporelle physique. Qui devrait assumer la responsabilité d'établir ces lignes directrices?

Il faut aussi assurer aux aidants naturels des personnes âgées atteintes de troubles mentaux une gamme de moyens de soutien bien coordonnés, puisque les services qu'ils rendent ont une valeur économique considérable. À l'heure actuelle, le soutien apporté aux aidants naturels est très limité et il est habituellement insuffisant au point de ne pas aider vraiment. De toute façon, ce soutien vise surtout à répondre aux besoins de la personne malade, pas à ceux de l'aidant naturel.

Que pourrait faire le gouvernement fédéral pour alléger le fardeau qui retombe maintenant sur les épaules de milliers d'aidants naturels?

Que pourrait faire le gouvernement fédéral pour alléger le fardeau qui retombe maintenant sur les épaules de milliers d'aidants naturels? De quels services de soutien les aidants naturels ont-ils besoin? Le gouvernement fédéral devrait-il envisager de réviser le Régime de pensions du Canada, le programme d'assurance-emploi et le Code canadien du travail pour tenir compte des besoins de ceux qui abandonnent le marché du travail pour prendre soin d'un membre de leur famille atteint d'une grave maladie mentale? Combien coûteraient les nouvelles dispositions? Les dispositions actuelles de la loi de l'impôt fédérale permettent-elles de dédommager correctement les aidants naturels pour le temps et les ressources qu'ils consacrent au malade?

Quels sont les besoins des parents âgés qui sont les principaux soignants de leurs enfants adultes atteints d'une maladie mentale ou de toxicomanie?

De même, quels sont les besoins des parents âgés qui sont les principaux

soignants de leurs enfants adultes atteints d'une maladie mentale ou de toxicomanie? De quel type de soutien (monétaire, répit) ces aidants naturels âgés ont-ils besoin?

2.4 CAS COMPLEXES

Parmi les Canadiens ayant des besoins complexes, il y a ceux qui souffrent de troubles concourants (maladie mentale et toxicomanie) et d'un diagnostic mixte (maladie mentale et déficience développementale), ainsi que certains sans-abri et des détenus. Des démarches systématiques et de bons outils d'évaluation pour mieux dépister cette population font défaut. D'ailleurs, parce que ces personnes sont souvent mal diagnostiquées, elles sont mal soignées.

Ceux qui ont des troubles concourants et un diagnostic mixte ont besoin de l'aide et des services de plusieurs secteurs : santé mentale, toxicomanie, santé, éducation et services sociaux. Rappelons qu'il faut absolument intégrer, d'une part, services de santé mentale et de traitement des toxicomanies et, d'autre part, le secteur de la santé mentale et celui des troubles développementaux. Le Comité a hâte de connaître l'opinion des Canadiens sur les problèmes et les solutions concernant les troubles concourants et le diagnostic mixte, sur lesquels il faut se pencher.

Le Comité a hâte de connaître l'opinion des Canadiens sur les problèmes et solutions concernant les troubles concourants et le diagnostic mixte, sur lesquels il faut se pencher.

Les maladies mentales et les troubles liés à une substance psychoactive sont plus fréquents chez les sans-abri et les détenus que dans la population en général. De plus, leur prévalence est en hausse dans ces deux segments de la population canadienne. L'accès aux services et aux moyens de soutien pour ces personnes ne pourra s'améliorer sans coopération intergouvernementale.

En ce qui concerne les besoins en santé mentale des sans-abri, nous voulons connaître le point de vue des Canadiens sur les problèmes et solutions auxquels il faudrait s'intéresser.

Dans le chapitre 7 ci-après, le Comité traite des problèmes et des solutions concernant les besoins en santé mentale des détenus sous responsabilité fédérale. En ce qui concerne les besoins en santé mentale des sans-abri, nous voulons connaître le point de vue des Canadiens sur les problèmes et solutions auxquels il faudrait s'intéresser. Par exemple, quel rôle le gouvernement fédéral peut-il jouer dans le contexte de l'Initiative nationale pour les sans-abri?

CHAPITRE 3: MILIEU DE TRAVAIL

Deux grands facteurs font de la maladie mentale et de la toxicomanie un problème critique en milieu de travail. Premièrement, les troubles mentaux frappent généralement les jeunes travailleurs et, deuxièmement, comme de nombreuses maladies mentales sont à la fois chroniques et cycliques, elles nécessitent des traitements répétés pendant des années. Compte tenu des coûts économiques découlant de ces troubles – notamment ceux de l'absentéisme et de la perte de productivité – il est essentiel que les employeurs et les gouvernements unissent leurs efforts pour s'attaquer sans délai à ce problème.

3.1 EMPLOYEURS

Les employeurs ont un rôle capital à jouer auprès des travailleurs aux prises avec une maladie mentale ou la toxicomanie puisqu'ils ont à gérer l'invalidité, à appliquer une politique d'accommodement et à offrir des programmes de retour au travail.

Les employeurs ont un rôle capital à jouer auprès des travailleurs qui sont aux prises avec une maladie mentale ou la toxicomanie, puisqu'ils ont à gérer l'invalidité, à appliquer une politique d'accommodement et à offrir des programmes de retour au travail. L'économie mondiale, dans laquelle l'information et l'innovation sont la clé du succès, exige des travailleurs compétents, motivés et assidus. Le capital humain et sa motivation, ses connaissances, son opinion, son jugement, son talent pour la communication, les échanges d'idées, l'établissement de relations solides sont le moteur de la compétitivité dans cette économie mondiale.[19]

En ce qui concerne les régimes d'assurance-invalidité proposés par l'employeur, le Comité est préoccupé par trois éléments précis. Premièrement, toutes les grandes entreprises devraient analyser les demandes de prestations d'invalidité de courte et de longue durée dont elles sont saisies afin de mesurer la prévalence de la maladie mentale et de la toxicomanie en leur sein. Deuxièmement, les employeurs devraient réexaminer le type et l'étendue de la couverture pour invalidité ainsi que son incidence sur la durée des prestations en sorte de concevoir un régime d'assurance-invalidité de l'employeur qui soit d'une efficacité optimale. Troisièmement, les employeurs, cadres et assureurs doivent apprivoiser la maladie mentale et la toxicomanie.[20]

Les gros employeurs parrainent habituellement des programmes d'aide aux employés (PAE) qui paient aux travailleurs un certain nombre de séances de thérapie. Ces programmes sont conçus pour aider l'employé à affronter divers problèmes en milieu de travail. Le Comité a appris qu'il fallait revoir les PAE parce qu'ils ne répondent pas bien aux besoins des employés aux prises avec une maladie mentale ou un problème de toxicomanie. En effet,

---

[19] Premier rapport, chapitre 6, section 6.5.

[20] Premier rapport, chapitre 6, section 6.4.1.

ceux-ci n'offrent pas assez de séances de thérapie pour bien traiter la maladie mentale et la toxicomanie.[21]

Le Comité a aussi appris qu'il faudrait amener les employeurs à prendre des mesures pour accommoder les travailleurs souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie. L'accommodement consiste à aménagemer des lieux de travail ou des procédures de travail pour permettre à une personne ayant des besoins spéciaux d'accomplir ses tâches. Par exemple, le fait d'accorder un horaire de travail variable à un employé ayant un trouble mental serait équivalent à construire une rampe d'accès pour un travailleur en fauteuil roulant. Un employé qui revient au travail après un épisode de maladie mentale peut avoir des besoins passablement différents de ceux d'un travailleur qui revient après une opération au dos. Il faut réviser les programmes de retour au travail actuels de façon qu'ils répondent à ces besoins variés.[22]

La culture d'une organisation peut tout changer dans la façon dont la maladie mentale et la toxicomanie sont considérées au travail. Comment les employeurs peuvent-ils contribuer à hausser le degré de sensibilisation à la maladie mentale et à la toxicomanie dans toute l'entreprise? Plus important encore, que peut-on faire pour augmenter les connaissances des employeurs et des cadres sur la maladie mentale et la toxicomanie et leur capacité de venir en aide aux employés qui en souffrent?

Que peut-on faire pour augmenter les connaissances des employeurs et des cadres sur la maladie mentale et la toxicomanie et leur capacité de venir en aide aux employés qui en souffrent?

Le Comité a appris que certaines grandes entreprises et institutions – comme Alcan Inc., la Banque Canadienne Impériale de Commerce et Dofasco Inc. pour n'en nommer que quelques-unes – consacrent, avec beaucoup de succès d'ailleurs, plus d'attention à la santé mentale et aux problèmes de toxicomanie en milieu de travail. Y a-t-il d'autres réussites que le Comité devrait connaître? Que devrait-on faire pour diffuser les connaissances et l'expérience de ces chefs d'entreprise?

Bien des Canadiens bénéficient d'un régime d'assurance-maladie complémentaire de l'employeur qui comporte un volet santé mentale. Les niveaux de couverture de ces régimes privés sont-ils suffisants? Faudrait-il étendre la couverture et, le cas échéant, quels services de santé mentale ont le plus besoin d'une meilleure couverture? Quelles modifications précises faut-il apporter aux règles pour que l'assurance-invalidité ne dissuade pas un malade mental ou un toxicomane de retourner au travail? Qu'est-ce qui parviendrait le mieux à inciter les employeurs à améliorer leur PAE pour faciliter l'accès des travailleurs à des traitements et à des services de réadaptation?

Qu'est-ce qui parviendrait le mieux à inciter les employeurs à améliorer leur PAE pour faciliter l'accès des travailleurs à des traitements et à des services de réadaptation?

---

[21] Premier rapport, chapitre 6, section 6.5.1.

[22] Premier rapport, chapitre 6, section 6.5.2.

Quel est le meilleur moyen pour amener les employeurs à accorder à leurs employés atteints d'un trouble mental un horaire variable ou un véritable accommodement? Quelles mesures devraient-ils prendre pour résoudre les problèmes en milieu de travail qui ont un effet préjudiciable sur tous les employés, en particulier sur ceux souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie?

Pourrait-on formuler certaines idées ou politiques visant à encourager les entreprises à engager des malades mentaux et des toxicomanes, ne serait-ce qu'à temps partiel? En particulier, existe-t-il des programmes axés sur les adolescents désavantagés par un manque d'instruction et de compétence particulière qui s'ajoute à leur maladie mentale, pour leur permettre de se trouver un emploi?

Existe-t-il des programmes axés sur les adolescents désavantagés par leur manque d'instruction et de compétence particulière qui s'ajoute à leur maladie mentale, pour leur permettre de se trouver un emploi?

Le Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health a proposé un programme en douze temps pour lutter contre la maladie mentale et la toxicomanie en milieu de travail.[23] Est-ce un programme éprouvé? Dans l'affirmative, que peuvent faire les gouvernements pour encourager les entreprises à l'implanter? Le gouvernement fédéral devrait-il constituer un groupe de travail mixte avec cet organisme pour encourager l'adoption du programme?

3.2 COMMISSIONS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Comment parvenir à uniformiser les règles des CAT applicables aux cas de maladie mentale et de toxicomanie? Faudrait-il réviser les règles des CAT applicables aux demandes de prestations pour maladie mentale et qui devrait le faire?

Dans toutes les provinces et tous les territoires, les commissions des accidents du travail (CAT) reçoivent de plus en plus de demandes d'indemnisation pour cause de maladie mentale (appelée « stress professionnel ») et, de plus en plus souvent, l'indemnisation est accordée. Le principal problème de ces demandes tient au fait qu'il est plus difficile de faire la preuve de la genèse d'un trouble mental que d'une maladie physique. Par conséquent, certaines CAT hésitent à accorder des prestations d'invalidité pour cause de maladie mentale. Les travailleurs concernés et ces CAT doivent donc se débattre seuls avec la question de savoir si les prestations d'invalidité pour troubles mentaux devraient être versées par la commission des accidents du travail ou par le régime d'assurance-maladie.[24] Comment parvenir à uniformiser les règles des CAT applicables aux cas de maladie mentale et de toxicomanie? Faudrait-il réviser les règles des CAT applicables aux demandes de prestations pour maladie mentale et qui devrait le faire? Quel rôle l'Association des commissions des accidents du travail du Canada peut-elle jouer pour donner à la recherche nécessaire une envergure nationale et uniformiser les règles de prestations?

---

23 Premier rapport, chapitre 6, tableau 6.3.

24 Premier rapport, chapitre 6, section 6.4.2.

3.3 PROGRAMMES FÉDÉRAUX DE LA SÉCURITÉ DU REVENU

Le Comité a été informé de la nécessité de réviser le Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC-I) et le programme de l'assurance-emploi (AE) pour qu'ils tiennent compte de la nature imprévisible et souvent cyclique des troubles mentaux.[25]

En ce qui concerne le RPC-I, certaines personnes atteintes de troubles mentaux peuvent ne pas y avoir droit parce qu'elles n'ont pas travaillé assez longtemps (il faut avoir cotisé au Régime durant quatre des six années précédentes). Le Comité a appris que les demandeurs doivent accepter d'être désignés « inapte au travail de façon permanente » pour avoir droit aux prestations du RPC-I. Or, bien des personnes atteintes de troubles mentaux peuvent travailler, mais souvent, seulement à temps partiel. En outre, la première demande de plus de 66 p. 100 des malades mentaux et toxicomanes est rejetée pour défaut d'admissibilité et les deux tiers de ces demandeurs ne font pas appel de la décision et ne présentent plus d'autre demande.

Le gouvernement fédéral devrait-il réviser le RPC-I pour prévoir des prestations partielles ou tronquées afin de permettre à ceux qui ont des troubles mentaux de toucher une partie de leurs prestations tout en travaillant à temps partiel?

Le gouvernement fédéral devrait-il réviser le RPC-I pour prévoir des prestations partielles ou tronquées afin de permettre à ceux qui ont des troubles mentaux de toucher une partie de leurs prestations tout en travaillant à temps partiel? Le personnel du RPC-I devrait-il recevoir une formation pour être mieux renseigné sur la maladie mentale et la toxicomanie? Quelles autres modifications s'imposent pour que le RPC-I puisse être plus équitable envers les travailleurs ayant une maladie mentale ou une toxicomanie?

En ce qui concerne l'AE, les employés qui sont congédiés pour « inconduite » ou qui démissionnent « sans motif valable » n'ont pas droit aux prestations de l'AE. Par crainte d'être stigmatisés, les employés ayant une maladie mentale taisent leur état au travail. Lorsqu'ils ont des difficultés, ils se font congédier ou démissionnent sous l'effet de leur maladie, mais ils ne peuvent pas demander de prestations d'AE parce qu'ils n'ont pas révélé leur maladie avant. De plus, lorsqu'une personne demande des prestations de maladie de l'AE, elle est tenue de se procurer un certificat médical indiquant la durée probable de sa maladie Étant donné l'imprévisibilité de la maladie mentale, un médecin peut difficilement fournir un tel renseignement.

Quelles modifications y aurait-il lieu d'apporter à l'AE pour mieux protéger les travailleurs souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie?

Quelles modifications y aurait-il lieu d'apporter à l'AE pour mieux protéger les travailleurs souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie? Par exemple, ceux dont la maladie mentale ou la toxicomanie est diagnostiquée après qu'ils ont laissé leur emploi devraient-ils être exemptés de

---

[25] Premier rapport, chapitre 6, section 6.4.3.

l'obligation d'avoir accumulé le nombre d'heures d'emploi assurables dont dépend actuellement l'admissibilité à l'AE? Quelles autres modifications le gouvernement fédéral devrait-il envisager?

Certains ont suggéré au Comité de recommander que le gouvernement fédéral trouve des moyens de partager plus équitablement avec les employeurs les coûts associés à la maladie mentale et à la toxicomanie en milieu de travail.[26] Quels mécanismes pourrait-on utiliser pour déterminer le partage de ces coûts et le mettre en application?

3.4 GOUVERNEMENT FÉDÉRAL, EMPLOYEUR DE TAILLE

Le gouvernement fédéral est un employeur d'importance. Dans son rôle d'employeur de la fonction publique fédérale, le Conseil du Trésor supervise l'application des avantages auxquels les fonctionnaires ont droit en vertu du Régime de soins de santé de la fonction publique et du Régime d'assurance-invalidité. Ces deux régimes garantissent aux fonctionnaires un niveau de revenu acceptable durant les périodes où ils luttent contre une maladie physique ou mentale de longue durée. En outre, Santé Canada est chargé de fournir aux fonctionnaires fédéraux des services de santé et de sécurité au travail, notamment les programmes d'aide aux employés.[27]

Le Comité sollicite le point de vue des fonctionnaires fédéraux et de leurs représentants sur la qualité et l'efficacité des efforts de promotion de la santé mentale et de prévention d'une incapacité d'ordre mental chez les fonctionnaires par le gouvernement fédéral.

Le gouvernement fédéral est-il un bon employeur au chapitre de l'accommodement des fonctionnaires ayant une maladie mentale ou une toxicomanie? Ses politiques de retour au travail sont-elles bonnes? Que doit-il améliorer pour être un employeur exemplaire?

Le gouvernement fédéral est-il un bon employeur au chapitre de l'accommodement des fonctionnaires ayant une maladie mentale ou une toxicomanie? Ses politiques de retour au travail sont-elles bonnes? Que doit-il améliorer pour être un employeur exemplaire?

---

26 Premier rapport, chapitre 6, section 6.6.

27 Premier rapport, chapitre 9, sections 9.2.9 et 9.2.10.

CHAPITRE 4: PROBLÈMES PARTICULIERS

4.1 COMBATTRE LA STIGATISATION ET LA DISCRIMINATION

Le Comité juge extrêmement important le problème de la stigmatisation des personnes atteintes d'une maladie mentale ou de toxicomanie et aussi celui de la discrimination à leur endroit.

La stigmatisation et la discrimination touchent les malades mentaux et les toxicomanes de multiples façons. D'abord, ceux-ci sont régulièrement mis à l'écart de la société et peuvent même être privés d'une foule de droits fondamentaux que le reste du monde considère comme allant de soi. On les prive souvent de leurs droits élémentaires dans les secteurs du logement, de l'emploi, du revenu, des assurances, des études postsecondaires, de la justice pénale et de la responsabilité parentale.

Pour de nombreux malades mentaux et toxicomanes, la stigmatisation et la discrimination peuvent être une source de détresse aussi importante que le trouble lui-même.

Les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie sont aussi victimes de discrimination et de rejet par les fournisseurs de services tant dans le réseau de la santé mentale que dans le réseau de la santé en général, et elles sont aussi victimes de discrimination de la part des décideurs et des médias. Pour de nombreux malades mentaux et toxicomanes, la stigmatisation et la discrimination peuvent être une source de détresse aussi importante que le trouble lui-même.[28]

Le mot stigmatisation serait-il devenu une façon polie de parler de discrimination?

La stigmatisation de la maladie mentale affligeant à ce point les malades mentaux et les toxicomanes dans leur vie quotidienne, ne faudrait-il pas plutôt la qualifier de ce qu'elle est vraiment : de la discrimination? C'est certainement de la discrimination lorsqu'une personne atteinte d'une maladie mentale est systématiquement traitée différemment d'une autre qui en est exempte. Le mot stigmatisation serait-il devenu une façon polie de parler de discrimination?

Plusieurs témoins ont souligné l'importance d'élaborer une stratégie nationale contre la stigmatisation. Son adoption signifierait aux Canadiens que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux attachent tous autant d'importance à la promotion de la santé mentale de la population qu'à celle de sa santé physique.

Le Comité a longuement discuté de la meilleure façon d'atténuer la stigmatisation et de lutter contre la discrimination. Pour y arriver, il faut un effort concerté et soutenu sur une longue période, notamment une éducation et une action communautaires permanentes, des campagnes de presse, des tribunes où les personnes atteintes peuvent échanger avec la population pour la renseigner sur la problématique, et des campagnes de sensibilisation

[28] Premier rapport, chapitre 3, section 3.3.

auprès des professionnels pour diminuer la discrimination structurelle dans le réseau de la santé et dans le réseau de la santé mentale.[29]

À noter que plusieurs témoins ont souligné l'importance d'élaborer une stratégie nationale contre la stigmatisation. Ils ont dit au Comité qu'une telle stratégie devait résolument attirer l'attention du public sur les problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Son adoption signifierait aux Canadiens que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux attachent tous autant d'importance à la promotion de la santé mentale de la population qu'à celle de sa santé physique.[30] Pourtant, de nombreux témoins ont dit juger important de cibler soigneusement les efforts contre la stigmatisation et que, selon certaines études, les campagnes de sensibilisation trop générales ne donnent pas les résultats escomptés.

Après avoir étudié les campagnes menées dans des pays étrangers pour faire la promotion de la santé mentale, le Comité a conclu que, pour réussir, les campagnes de sensibilisation contre la stigmatisation et la discrimination doivent faire l'objet d'un financement continu, d'une planification à long terme et d'une évaluation constante. De plus, à en juger d'après les campagnes menées jusqu'ici, en particulier en Australie et en Nouvelle-Zélande, mieux vaut, semble-t-il, les adapter aux situations, aux groupes de population et aux communautés visées. Notre examen de ce qui se fait dans le monde fait aussi ressortir la nécessité d'entreprendre au départ une vaste consultation auprès des divers ordres de gouvernement, des fournisseurs, des ONG et, surtout, des personnes atteintes et de leur famille.[31]

Outre les campagnes gouvernementales, les médias ont-ils aussi un rôle à jouer pour amener les Canadiens à changer d'attitude à l'endroit des personnes ayant une maladie mentale ou une toxicomanie? Dans l'affirmative, quel devrait être ce rôle? Y a-t-il des stratégies de sensibilisation qui ont eu particulièrement de succès au Canada pour diminuer la stigmatisation et la discrimination (p. ex., la Stratégie canadienne sur le VIH/sida) et dont on pourrait tirer des leçons?

Les médias ont-ils aussi un rôle à jouer pour amener les Canadiens à changer d'attitude à l'endroit des personnes ayant une maladie mentale ou une toxicomanie?

Le Comité s'est aussi fait dire que la stratégie la plus efficace contre la stigmatisation et la discrimination consiste à multiplier les contacts avec les personnes atteintes d'une maladie mentale ou de toxicomanie. À ce propos, il a appris que le Royaume-Uni a établi une brigade d'ambassadeurs composée d'une quarantaine de personnes souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie qui ont appris à rencontrer la presse et les employeurs pour parler de leur vécu.[32] Cette initiative a permis

Le Royaume-Uni a établi une brigade d'ambassadeurs composée d'une quarantaine de personnes souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie qui ont appris à rencontrer la presse et les employeurs pour parler de leur vécu[1]. Le Canada devrait-il constituer une équipe comparable?

29 Premier rapport, chapitre 3, article 3.4.
30 Premier rapport, chapitre 3, section 3.4.1.
31 Deuxième rapport, chapitre 5, section 5.5.
32 Deuxième rapport, chapitre 3, section 3.4.1.

d'associer des visages à la campagne contre la stigmatisation. Le Canada devrait-il constituer une équipe comparable?

De même, les autorités australiennes ont lancé une stratégie nationale pour la santé mentale dans les écoles de journalisme afin de montrer aux étudiants comment faire leurs reportages sans stigmatiser les personnes atteintes de troubles mentaux et pour encourager la presse à transmettre des messages positifs sur la santé mentale.[33] Le gouvernement fédéral devrait-il, en collaboration avec les médias, se doter d'une stratégie semblable au Canada? Combien coûterait une telle stratégie et comment serait-elle financée?

Enfin, il faut sensibiliser les professionnels de la santé à cette difficulté, puisque les intervenants en santé mentale et en toxicomanie ne sont pas non plus à l'abri de l'influence de la stigmatisation que vivent leurs patients/clients. Quelle est la prévalence de cette forme de stigmatisation structurelle? Faudrait-il réviser les programmes d'études des facultés de médecine et de nursing pour ajouter des cours et des stages en santé mentale et en toxicomanie? Est-ce un champ de compétence provinciale? Le gouvernement fédéral a-t-il un rôle à y jouer? Quelles autres mesures ciblant les professionnels de la santé pourraient diminuer la discrimination?

De façon générale, que peuvent faire les gouvernements pour faire prendre conscience à tout le monde que la santé mentale est aussi importante que la santé physique pour le bien-être des Canadiens et que, en corollaire, la prestation des services et des moyens de soutien en santé mentale et en toxicomanie est aussi capitale que la prestation des services de santé pour les affections physiques?

De façon générale, que peuvent faire les gouvernements pour faire prendre conscience à tout le monde que la santé mentale est aussi importante que la santé physique pour le bien-être des Canadiens et que, en corollaire, la prestation des services et des moyens de soutien en santé mentale et en toxicomanie est aussi capitale que la prestation des services de santé pour les affections physiques?

4.2 PRÉVENTION DU SUICIDE

Chaque année, quelque 3 700 Canadiens se suicident. C'est la première cause de décès chez les hommes de 25 à 29 ans et chez les femmes de 30 à 34 ans. En outre, on recense annuellement un grand nombre de tentatives de suicide. En 2002, environ 4 p. 100 des Canadiens de 15 ans et plus ont eu des pensées suicidaires.[34]

Dans son premier rapport, le Comité signale que, sans être défini comme un trouble mental, le comportement suicidaire est souvent en corrélation avec la maladie mentale et la toxicomanie; plus de 90 p. 100 des suicidés souffrent d'une maladie mentale diagnosticable ou d'un trouble lié à une substance psychoactive. Le suicide est la première cause de décès prématuré chez les schizophrènes et il est responsable de 15 à 25 p. 100 de tous les décès chez les personnes souffrant de troubles de l'humeur graves. La toxicomanie prédispose

---

[33] Deuxième rapport, chapitre 1, section 1.5.

[34] Premier rapport, chapitre 5, section 5.2.

souvent une personne à avoir un comportement suicidaire en accentuant une humeur dépressive et en atténuant la maîtrise de soi.[35]

Contrairement à l'Australie, la Finlande, la France, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, la Suède, le Royaume-Uni et les États-Unis, le Canada n'a pas de stratégie nationale pour la prévention du suicide.

Contrairement à l'Australie, la Finlande, la France, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, la Suède, le Royaume-Uni et les États-Unis, le Canada n'a pas de stratégie nationale pour la prévention du suicide. Selon le Centre de prévention du suicide, deux provinces seulement – le Nouveau-Brunswick et le Québec – ont mis en œuvre des stratégies de prévention exclusivement pour le suicide. Beaucoup voudrait que le gouvernement fédéral se concerte avec les provinces, les territoires et les intéressés pour élaborer une stratégie nationale.

Cette stratégie nationale pour la prévention du suicide pourrait incorporer les programmes et activités suivants, entre autres :

- Campagnes de sensibilisation populaire pour lutter contre la stigmatisation du comportement suicidaire.
- Stratégies pour l'amélioration de la santé de la population visant les déterminants de la santé, notamment le logement, la sécurité du revenu, l'éducation, l'emploi et les attitudes de la société envers ceux ayant une maladie mentale ou une toxicomanie.
- Programmes de prévention pour les adolescents, pour les personnes à risque élevé d'avoir un comportement suicidaire et pour les familles dont un membre s'est suicidé ou a fait une tentative.
- Accès équitable à des services intégrés et bien coordonnés, y compris à des services de counseling par téléphone pour les personnes en crise et de traitement des maladies mentales et de toxicomanies.
- Mesures de restriction de l'accès à des moyens de se suicider comme les armes à feu, les médicaments, les ponts accessibles et d'autres endroits.
- Formation des fournisseurs de services et des éducateurs sur le dépistage précoce des comportements suicidaires et sur la gestion de crise.
- Recherche et évaluation pour contribuer à l'élaboration de programmes efficaces de prévention du suicide et pour évaluer le succès des services de santé et des services sociaux dans la prévention du suicide.

Lesquels parmi les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les organisations non gouvernementales devraient participer à l'élaboration d'une stratégie nationale pour la prévention du suicide? Quels devraient être les objectifs précis d'une telle stratégie? Quels programmes et activités devraient faire partie d'une stratégie nationale de prévention du suicide?

[35] Premier rapport, chapitre 4, section 4.5.

Lesquels parmi les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les organisations non gouvernementales devraient participer à l'élaboration d'une stratégie nationale pour la prévention du suicide? Quels devraient être les objectifs précis d'une telle stratégie? Quels programmes et activités devraient faire partie d'une stratégie nationale de prévention du suicide? Combien celle-ci devrait-elle coûter et comment devrait-elle être financée? Devrait-il y avoir une seule stratégie nationale ou chaque ordre de gouvernement devrait-il en implanter une?

CHAPITRE 5:
RESSOURCES HUMAINES

Des professionnels de diverses disciplines prodiguent des services de santé mentale, des moyens de soutien et des traitements contre la toxicomanie. On trouve notamment des médecins qui dispensent les soins primaires, des psychiatres, des spécialistes en toxicomanie, des psychologues, des infirmiers psychiatriques, des travailleurs sociaux, des infirmiers praticiens, des ergothérapeutes, des gestionnaires de cas, des intervenants en toxicomanie, des éducateurs en soins spéciaux, etc. Le Comité s'est fait dire que, comme dans d'autres secteurs du système de santé, il y a un manque criant de fournisseurs. La mauvaise répartition géographique des professionnels de la santé mentale et de la toxicomanie est aussi préoccupante.[36] D'autres pays sont aux prises avec le même casse-tête de ressources humaines dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie.[37] Le Comité a aussi appris que le secteur des soins de santé primaire a cruellement besoin d'une réforme en vue d'améliorer l'accès aux services de santé mentale et de multiplier les initiatives partagées en santé mentale dans tout le pays.

Comme dans d'autres secteurs du système de santé, il y a un manque criant de fournisseurs.

5.1 OFFRE DE RESSOURCES HUMAINES

Bien que le Comité ait entendu parler maintes fois des pénuries de fournisseurs,[38] il n'existe actuellement aucune base de données nationale capable de fournir des données générales sur l'offre de ressources humaines en santé mentale et en toxicomanie, et encore moins une ventilation détaillée. À l'heure actuelle, on ne sait pas s'il y a vraiment pénurie de fournisseurs de services en santé mentale et en toxicomanie au Canada ni, s'il y en a effectivement une, quelle en est la gravité. Voilà qui montre aussi que les données sur la santé en général au Canada ne sont pas fiables.

La pénurie est-elle pire dans certaines catégories de fournisseurs? Certaines provinces ont-elles réussi mieux que les autres à corriger le manque de professionnels en santé mentale et en toxicomanie?

Le manque d'information nuit très sérieusement à une bonne planification des ressources humaines, en particulier à la mise en œuvre d'une stratégie nationale des ressources humaines en santé mentale, en maladie mentale et en toxicomanie.[39]

Comment peut-on produire des estimations réalistes et dignes de foi des ressources humaines actuellement sur le marché du travail et de celles qui seraient nécessaires après la réforme du système de santé mentale et de traitement de la toxicomanie? Quel rôle le

---

36 Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.5.
37 Deuxième rapport, sections 1.3.2, 2.3.2, 3.3.1, 4.3.1, 4.3.2 et 4.3.3.
38 Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.5.
39 *Ibid.*

gouvernement fédéral devrait-il jouer pour aider les provinces et les territoires à assurer une offre suffisante de professionnels de la santé dans tout le pays? Comment le gouvernement fédéral peut-il se mêler de la planification des ressources humaines dans le secteur de la santé mentale et de la toxicomanie sans empiéter sur les compétences provinciales et territoriales?

Quels devraient être les éléments d'une stratégie nationale de ressources humaines (planification, formation, réexamen des champs d'activité)? Quels programmes et incitatifs faudrait-il instaurer pour encourager les gens à choisir une carrière en santé mentale et en toxicomanie? Le Comité sollicite les opinions sur les écueils et les possibilités de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une telle stratégie.

Une stratégie des ressources humaines devrait avoir pour objet de veiller à ce qu'on offre les bonnes compétences et les services utiles en tenant compte de la culture du patient, par la bonne personne et au moment opportun. Comment pourrait-on élargir et valoriser l'instruction et la formation des professionnels et travailleurs de la santé mentale et de la toxicomanie afin d'atteindre cet objectif?

Quel rôle le gouvernement fédéral devrait-il jouer pour aider les provinces et les territoires à assurer une offre suffisante de professionnels de la santé dans tout le pays?

Il est évident que la mauvaise répartition géographique des professionnels de la santé mentale et de la toxicomanie a pour effet de restreindre l'accès aux services et moyens de soutien nécessaires dans les régions rurales et les endroits reculés du Canada.[40] Comment faire pour contrer le manque de services? Le Comité veut connaître l'opinion des Canadiens sur les types d'incitatifs qu'on pourrait établir pour lutter contre le manque de personnel dans les régions rurales et reculées.

Il est évident que la mauvaise répartition géographique des professionnels de la santé mentale et de la toxicomanie a pour effet de restreindre l'accès aux services et moyens de soutien nécessaires dans les régions rurales et les endroits reculés du Canada. Comment faire pour contrer le manque de services?

5.2 SECTEUR DES SOINS PRIMAIRES

Le secteur des soins primaires est celui où s'établit généralement le premier contact entre le système de santé et les patients, que ceux-ci consultent pour une maladie, une blessure, une maladie mentale ou une toxicomanie. Pourtant, le Comité s'est fait dire que les fournisseurs des soins primaires n'ont peut-être pas les connaissances, ni les compétences pour répondre aux besoins des patients ayant une maladie mentale ou une toxicomanie, pour diagnostiquer correctement les troubles mentaux, ni pour aider les patients à s'y retrouver dans les méandres des services plus spécialisés vers lesquels ils sont aiguillés. Ils ne sont pas non plus rémunérer pour le

Si les fournisseurs de soins primaires doivent débuter le traitement de la maladie mentale ou de la toxicomanie des patients, que faut-il faire pour améliorer les soins de santé mentale à ce stade?

40 Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.3.

faire.[41] Si les fournisseurs de soins primaires doivent débuter le traitement de la maladie mentale ou de la toxicomanie des patients, que faut-il faire pour améliorer les soins de santé mentale à ce stade? Comment y parvenir, compte tenu du terrible manque de médecins de famille, d'infirmiers et d'autres professionnels de la santé au Canada en ce moment?

Il faut mieux sensibiliser les professionnels de la santé à la santé mentale et à la toxicomanie. Quelle devrait être l'ampleur de la formation à donner aux médecins de famille, aux infirmiers praticiens et aux autres professionnels de la santé sur la maladie mentale et la toxicomanie, durant leurs études? Les programmes d'études des écoles de soins infirmiers et des facultés de médecine devraient-ils être révisés pour y ajouter plus de cours sur la maladie mentale et la toxicomanie?

Certains ont recommandé au Comité de réclamer une modification des tarifs des services médicaux afin d'accorder aux médecins de famille une prime pour les inciter à consacrer plus de temps aux patients souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie quand ceux-ci en ont besoin.[42] C'est ce qu'ont fait l'Alberta et le Québec après le lancement d'un programme très réussi en Australie il y a trois ans. Les médecins de famille qui doivent passer plus de temps avec les patients atteints de troubles mentaux pour répondre à leurs besoins devraient avoir droit à une hausse du tarif en guise d'indemnité.[43] Les provinces qui n'ont pas encore modifié leur tarif de la sorte devraient-elles le faire?

D'autres ont recommandé au Comité l'établissement d'un plus grand nombre de projets pour des soins de santé mentale partagés au pays. Il s'agit de coopération entre psychiatres et fournisseurs de soins primaires. Ces projets de soins partagés sont très axés sur la clinique et ils intègrent les services de santé mentale dans un cadre de soins de santé primaires. Le Comité s'est fait dire que le gouvernement fédéral pouvait jouer un rôle majeur en continuant à financer les projets qui réussissent et en veillant à ce que les pratiques exemplaires soient implantées et incorporées dans les politiques et programmes permanents de l'ensemble des provinces et territoires.[44]

Comment peut-on encourager la collaboration clinique entre les fournisseurs de soins primaires et les professionnels de la santé mentale?

De nombreuses provinces sont en train de réformer leur secteur des soins primaires. Comment peut-on encourager la collaboration clinique entre les fournisseurs de soins primaires et les professionnels de la santé mentale? Par exemple, les psychiatres devraient-ils agir comme consultants auprès des équipes pluridisciplinaires de soins primaires ou en faire partie directement? Quels services spécialisés ou institutionnels en santé mentale et toxicomanie pourraient être avantageusement relogés avec les soins primaires? Quels sont les principaux obstacles à l'implantation de services de soins de santé mixtes? Quels sont les obstacles financiers? Faudra-t-il modifier les règles de pratique actuelles pour permettre le partage des soins de santé mentale? Le gouvernement fédéral devrait-il encourager explicitement le

---

41 Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.4.
42 *Ibid.*
43 Deuxième rapport, section 10.3.2.
44 Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.4.

partage des soins de santé mentale dans le cadre de la réforme des soins primaires qu'il soutient? Combien d'argent faudrait-il pour généraliser cette organisation des soins?

Comment les psychologues et les travailleurs sociaux peuvent-ils être intégrés à une équipe de soins de santé mentale? D'où viendrait l'argent nécessaire pour les rémunérer puisque, n'étant pas médecins, ils ne peuvent pas facturer leurs services sous le régime de la *Loi canadienne sur la santé* parce que leurs services ne sont pas assurés par le régime d'assurance-maladie financé par l'État?

Comment les psychologues et les travailleurs sociaux peuvent-ils être intégrés à une équipe de soins de santé mentale?

5.3 TRAVAILLEURS COMMUNAUTAIRES ET POLICIERS

Toute une gamme de travailleurs apportent un soutien de type communautaire aux personnes ayant une maladie mentale ou une toxicomanie. Il s'agit de de membres ou d'employés de diverses organisations non gouvernementales ainsi que de nombreux organismes sociaux (assistance sociale, soutien du revenu, emploi, etc.).

Il y a cinq ans, la Nouvelle-Zélande a implanté un programme de formation qui procure une qualification aux travailleurs communautaires en santé mentale.[45] Quels types de formation obligatoire sont actuellement offerts à ces travailleurs communautaires au Canada? Devrait-on uniformiser les études et la formation de ces travailleurs? Faudrait-il mettre sur pied des programmes de formation comme ceux offerts en Nouvelle-Zélande? Dans l'affirmative, quels établissements devraient offrir cette formation? Faudrait-il confier à des organismes provinciaux et nationaux assimilables aux corporations chargées de l'autoréglementation des professionnels de la santé le soin de réglementer ces travailleurs? Le gouvernement fédéral devrait-il soutenir financièrement le lancement d'un tel programme de formation?

Il y a cinq ans, la Nouvelle-Zélande a implanté un programme de formation qui procure une qualification aux travailleurs communautaires en santé mentale. Quels types de formation obligatoire sont actuellement offerts à ces travailleurs communautaires au Canada?

Le Comité sait aussi que, de plus en plus souvent, les policiers, et non pas les fournisseurs de soins de santé mentale, sont les premiers à entrer en contact avec une personne en crise. Il arrive fréquemment que les personnes atteintes de graves troubles mentaux n'aient nulle part où aller quand elles sont en crise et, lorsque cela se produit, on appelle les policiers pour qu'ils interviennent. Le Comité a appris que, malheureusement, les policiers n'ont généralement pas la formation voulue et ne disposent pas non plus de lignes

Que faudrait-il faire pour améliorer la formation des policiers de façon qu'ils puissent intervenir plus efficacement auprès des personnes ayant une maladie mentale ou une toxicomanie? Que faire pour augmenter la sécurité de ceux qui participent à l'intervention et aider les policiers à employer le moins de force possible lorsqu'ils appréhendent une personne en crise?

---

45 Deuxième rapport, chapitre 2, section 2.3.2.

directrices sur lesquelles s'appuyer pour intervenir auprès des personnes en crise. Que faudrait-il faire pour améliorer leur formation de façon qu'ils puissent intervenir plus efficacement auprès des personnes ayant une maladie mentale ou une toxicomanie? Que faire pour augmenter la sécurité de ceux qui participent à l'intervention et aider les policiers à employer le moins de force possible lorsqu'ils appréhendent une personne en crise?

5.4 SOUTIEN DES AIDANTS NATURELS

Les familles sont souvent la principale ressource et le seul soutien disponible pour les individus souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie. À cause des ressources limitées du système de santé et de la communauté, ce sont les parents qui hébergent leurs enfants malades, prennent soin d'eux, les surveillent et les aident financièrement.

Selon plusieurs études, outre qu'elle est une source d'énormes tensions et de stress affectif, cette situation draine les ressources financières des proches des personnes ayant une maladie mentale ou souffrant de toxicomanie. Les familles qui vivent avec une telle personne ont-elles un accès adéquat aux ressources dont elles ont besoin pour aider leurs proches? Les familles sont-elles bien outillées pour s'occuper de leurs proches qui ont une maladie mentale ou une toxicomanie?

Les familles qui vivent avec une personne ayant une maladie mentale ou une toxicomanie ont-elles un accès adéquat aux ressources dont elles ont besoin pour aider leurs proches?

Les familles font partie intégrante du traitement des personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie. Elles constituent des alliés efficaces et bienveillants pour limiter la douleur et la souffrance du patient. Les aidants naturels devraient-ils être davantage mis à contribution dans le traitement des patients? De quelle façon devrait-on encourager leur participation au système de soins pour la santé mentale et contre la toxicomanie?

CHAPITRE 6: BANQUE D'INFORMATION NATIONALE, RECHERCHE ET TECHNOLOGIE

Le Comité est convaincu que, pour parvenir à des services de santé mentale et de traitement des toxicomanies de grande qualité, il faudra nécessairement établir une banque d'information nationale, encourager la recherche sur la gestion de l'information en matière de santé en général, mais plus particulièrement de santé mentale et de toxicomanie, et exploiter judicieusement les technologies de l'information et des communications. Si des mesures en ce sens étaient prises, il serait possible de prendre des décisions mieux éclairées, d'établir des priorités et des politiques bien pensées et d'améliorer les résultats pour les personnes souffrant de troubles mentaux ou de toxicomanie.

6.1 ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES

Le cycle 1.2 de l'Enquête de Statistique Canada sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002, qui portait sur la santé mentale et le bien-être, a permis de calculer pour la première fois des taux de prévalence de certaines maladies mentales, des troubles liés à l'usage de substances psychoactives, des idées suicidaires et du jeu pathologique. L'enquête ne portait cependant pas sur le vaste éventail des troubles affectifs de l'humeur et des troubles anxieux couverts par l'enquête nationale sur la santé mentale et le bien-être réalisée en Australie en 1997. Cette même enquête australienne se distingue également en ce sens qu'elle établissait une distinction entre la consommation excessive d'alcool et de drogue et la toxicomanie et qu'elle permettait d'évaluer aussi les troubles concomitants et la comorbidité. Le gouvernement australien envisage de réaliser une enquête sur la prévalence de la maladie mentale chez les enfants et les adolescents, de même qu'une enquête sur les troubles psychotiques moins répandus comme la schizophrénie.[46]

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes devrait être répétée à intervalles réguliers et il serait utile d'en élargir la base pour couvrir un plus grand éventail de troubles mentaux, de groupes d'âges et de sous-groupes démographiques.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes devrait être répétée à intervalles réguliers et il serait utile d'en élargir la base pour couvrir un plus grand éventail de troubles mentaux, de groupes d'âges et de sous-groupes démographiques. Le Canada ne recueille pas régulièrement de données sur la prévalence des maladies mentales et des toxicomanies chez les Autochtones, les sans-abri et les détenus – groupes qui semblent présenter un risque de maladie mentale plus élevé que la population en général.[47]

Est-ce que Statistique Canada devrait effectuer une enquête sur les enfants et les adolescents comme l'Australie entend le faire? Doit-on demander à Statistique Canada d'élargir la portée

[46] Premier rapport, chapitre 5, section 5.1 et 5.2.

[47] Premier rapport, chapitre 5, section 5.3.

de la prochaine Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne pour y inclure des questions permettant d'évaluer les troubles concomitants et la comorbidité, comme le fait l'enquête australienne? Que peut-on faire pour améliorer l'information sur la prévalence de la maladie mentale parmi les Autochtones, les sans-abri et les détenus? À quelle fréquence devrait-on administrer l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes? Devons-nous communiquer notre méthodologie d'enquête à d'autres pays pour permettre des comparaisons internationales valables et utiles?

Que peut-on faire pour améliorer l'information sur la prévalence de la maladie mentale chez les Autochtones, les sans-abri et les détenus?

6.2 BANQUE D'INFORMATION NATIONALE

Actuellement, le Canada n'a pas de banque d'information sur la prévalence des maladies mentales et des toxicomanies dans la population. Nous n'avons pas non plus de système d'information permettant de mesurer la situation des Canadiens sur le plan de la maladie mentale et d'évaluer les politiques, les programmes et les services dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie. Bien difficile dans ces conditions de déterminer les besoins et la qualité des services dans les provinces et les territoires.

Actuellement, le Canada n'a pas de banque d'information sur la prévalence des maladies mentales et des toxicomanies dans la population. Nous n'avons pas non plus de système d'information permettant de mesurer la situation des Canadiens sur le plan de la maladie mentale et d'évaluer les politiques, les programmes et les services dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie.

L'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale prône l'établissement d'un système national d'information sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie reposant sur une collaboration dynamique de tous les paliers de gouvernement et de toutes les parties concernées, des personnes atteintes aux services de collecte de données. Plusieurs bases de données, dont celles que procurerait une enquête élargie sur la santé dans les collectivités canadiennes, pourraient servir de point de départ. Ce système initial pourrait être transformé en une banque de données bien organisée – à mesure qu'on y ajouterait de nouveaux indicateurs et de nouvelles sources de données – qui serait mise à la disposition des chercheurs et décisionnaires du secteur public et d'ailleurs.

Qui doit prendre l'initiative de faciliter la mise sur pied d'une telle banque d'information nationale? Quels seraient les rôles respectifs de Statistique Canada, de Santé Canada, de l'Institut canadien d'information sur la santé, des Instituts de recherche en santé du Canada et des administrations provinciales et territoriales dans l'établissement et la gestion de ce système? Les réalisations de certains pays ou de certaines provinces peuvent-elles servir de modèle? Combien coûterait l'établissement d'une banque nationale d'information sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie?

Qui doit prendre l'initiative de faciliter la mise sur pied d'une telle banque d'information nationale?

6.3 RECHERCHE

6.3.1 Le financement

Ce sont les Instituts de recherche en santé du Canada qui, par la voie de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (INSMT), sont la principale source fédérale de financement de la recherche sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie. En 2003-2004, les IRSC ont alloué 93 millions de dollars à l'INSMT, dont le budget de base totalise 623 millions de dollars. Sur ce total, quelque 33 millions de dollars vont à la recherche sur la santé mentale et la toxicomanie, soit 5,3 p. 100 du budget total de recherche en santé des IRSC.[48]

La part du budget total de recherche en santé consacrée à la santé mentale, à la maladie mentale et aux toxicomanies est trop faible et ne reflète pas le fardeau que font peser les troubles mentaux et la toxicomanie sur l'économie. D'après certaines estimations, si le niveau de financement était en rapport avec le coût économique de la maladie, les IRSC devraient porter de 33 à au moins 80 millions de dollars par an les crédits consacrés à la recherche sur la maladie mentale et la toxicomanie.

Pour beaucoup de témoins, la part du budget total de recherche en santé consacrée à la santé mentale, à la maladie mentale et aux toxicomanies est trop faible et ne reflète pas le fardeau que font peser les troubles mentaux et la toxicomanie sur l'économie. D'après certaines estimations, si le niveau de financement était en rapport avec le coût économique de la maladie, les IRSC devraient porter de 33 à au moins 80 millions de dollars par an les crédits consacrés à la recherche sur la maladie mentale et la toxicomanie. Le Comité a par ailleurs appris que la part du budget total des IRSC consacrée à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie (5,3 p. 100) est relativement faible par rapport à ce qui se fait dans d'autres pays comme le Royaume-Uni (6,5 p. 100) et les États-Unis (10 p. 100).[49]

S'il faut allouer davantage de crédits à l'INSMT, comment faut-il s'y prendre? En distribuant différemment le budget des IRSC ou en augmentant le budget total de l'INSMT?

Sur quoi faut-il se fonder pour déterminer la proportion des budgets de recherche à consacrer à telle ou telle maladie? Sur sa prévalence? Sur la morbidité et la mortalité? Sur le coût économique de la maladie? Est-ce bien la bonne façon de procéder? Les comparaisons internationales sont-elles utiles? Les allocations de fonds de recherche doivent-elles être déterminées exclusivement ou surtout en fonction de l'intérêt que présente chaque projet de recherche par rapport à toutes les demandes de financement soumises à l'organisme subventionnaire ou doivent-elles être déterminées en tenant compte de tous les chiffres et facteurs abordés plus haut?

S'il faut allouer davantage de crédits à l'INSMT, comment faut-il s'y prendre? En distribuant différemment le budget des IRSC ou en augmentant le budget total de l'INSMT? Doit-on instituer un fonds spécial consacré à la recherche sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie? Les IRSC doivent-ils créer un nouvel institut voué à la santé mentale, à la

---

48 Premier rapport, chapitre 10, section 10.1.

49 Premier rapport, chapitre 10, section 10.2.

maladie mentale et aux toxicomanies? Dans l'affirmative, qu'est-ce qui le distinguerait de l'INSMT? Le Comité veut connaître votre avis et vos suggestions quant à l'augmentation du financement, par le gouvernement fédéral, de la recherche sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie.

D'autres questions encore nous préoccupent : les autorités provinciales accordent-elles suffisamment d'argent à la recherche? Et les organisations de santé mentale, financent-elles suffisamment la recherche? Et les sociétés pharmaceutiques?

6.3.2 Le transfert du savoir acquis

Le Comité s'est aussi intéressé à la question du transfert du savoir, c'est-à-dire à la façon de permettre aux fournisseurs de services, aux établissements et aux collectivités locales (soit l'échelon de la prestation des services et des moyens de soutien) d'appliquer les résultats de la recherche. Il arrive en effet trop souvent que les découvertes issues de recherches publiées sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie (médicaments, psychothérapies, etc.) ne sortent pas des laboratoires, privant ainsi les malades et les autres parties concernées de services utiles.

La situation du Canada à cet égard n'est pas unique. D'après un rapport américain, aux États-Unis, il s'écoule de 15 à 20 ans entre la découverte de formes de traitement efficaces (médicaments, thérapies, nouveaux modes d'administration des soins, etc.) et leur généralisation dans les soins aux malades. On précise dans le même rapport que, même quand les résultats des découvertes se répandent dans l'usage, on continue d'observer une grande variabilité dans les pratiques cliniques, dont certaines sont même incompatibles avec le modèle de traitement dont la supériorité est avérée.[50] En revanche, le Comité a appris qu'au Royaume-Uni, le National Institute for Mental Health in England (NIMHE) contribue énormément à diffuser les résultats de recherches les plus poussées jusqu'aux praticiens en santé mentale.[51]

> **Il arrive en effet trop souvent que les découvertes issues de recherches publiées sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie (médicaments, psychothérapies, etc.) ne sortent pas des laboratoires, privant ainsi les malades et les autres parties concernées de services utiles.**

Pourquoi est-il si difficile d'intégrer à la pratique courante les médicaments et thérapies modernes dont l'utilité est avérée? Comment peut-on surmonter cette résistance?

> **Pourquoi est-il si difficile d'intégrer à la pratique courante les médicaments et thérapies modernes dont l'utilité est avérée? Comment peut-on surmonter cette résistance?**

Quelles mesures pourrait-on prendre pour encourager l'adoption rapide et universelle, par les fournisseurs de services en santé mentale et en toxicomanie, des résultats prometteurs de la recherche obtenus par l'expérience clinique? Le gouvernement fédéral doit-il établir un fonds pour l'innovation afin d'encourager l'innovation dans la prestation des services et

---

[50] Premier rapport, chapitre 10, section 10.4.

[51] Deuxième rapport, chapitre 3, section 3.6.

d'accélérer la mise en pratique des résultats de la recherche ? De quel ordre de grandeur ce fonds devrait-il être? À quelles conditions devait être subordonné le financement de projets?

Le gouvernement fédéral doit-il envisager de créer un organisme analogue au NIMHE du Royaume-Uni pour faciliter l'application des connaissances ou cette tâche relève-t-elle de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies? Dans l'affirmative, comment faciliter sa tâche?

Quelles mesures pourrait-on prendre pour encourager l'adoption rapide et universelle, par les fournisseurs de services en santé mentale et en toxicomanie, des résultats prometteurs de la recherche obtenus par l'expérience clinique?

Le Comité souhaite connaître l'avis des Canadiens sur la manière d'accélérer l'application des résultats de la recherche dans le traitement des personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie.

6.3.3 La recherche sur des sujets humains

Comme nous l'avons signalé dans notre premier rapport, la recherche clinique sur la maladie mentale et la toxicomanie s'est accélérée depuis une vingtaine d'années, ce qui a grandement fait progresser les thérapies. Or, ces importants travaux de recherche exigent souvent la participation de sujets de recherche souffrant eux-mêmes de troubles mentaux.[52]

La recherche sur des personnes atteintes de maladie mentale ou souffrant de toxicomanie exige des précautions particulières. En effet, si tous les sujets qui participent à des recherches cliniques sont vulnérables jusqu'à un certain point, ceux qui prennent part à des travaux sur la maladie mentale ou la toxicomanie le sont encore plus du fait que les troubles dont ils souffrent, surtout s'ils affectent leurs facultés cognitives ou sont particulièrement graves, compromettent souvent leur capacité de prendre des décisions en toute connaissance de cause. Or, la capacité de donner un consentement valable est évidemment une condition essentielle de la recherche sur des sujets humains. En conséquence, la vigilance s'impose quand il s'agit d'évaluer, chez les sujets potentiels, la capacité de prendre des décisions et de faire un choix, et d'informer les personnes pertinentes

En effet, si tous les sujets qui participent à des recherches cliniques sont vulnérables jusqu'à un certain point, ceux qui prennent part à des travaux sur la maladie mentale ou la toxicomanie le sont encore plus du fait que les troubles dont ils souffrent, surtout s'ils affectent leurs facultés cognitives ou sont particulièrement graves, compromettent souvent leur capacité de prendre des décisions en toute connaissance de cause.

Les lignes directrices qui régissent la recherche sur des sujets humains sont-elles suffisantes pour protéger les personnes qui souffrent de maladie mentale ou de toxicomanie, particulièrement vulnérables? Sont-elles appliquées avec suffisamment de rigueur dans les essais cliniques menés en dehors des établissements d'enseignement?

---

52 Premier rapport, chapitre 11, section 11.6.

capables de prendre ces décisions à leur place, particulièrement lorsque la recherche en question ne présente pas nécessairement d'avantages directs pour le sujet concerné.[53]

Cela étant posé, le Comité considère primordial de protéger les droits et le bien-être des sujets de recherches en santé mentale et en toxicomanie. La recherche doit absolument respecter les normes d'éthique les plus élevées et ne jamais porter atteinte aux droits et à la dignité de la personne. Par contre, il faut se garder d'imposer des règles à un point restrictives qu'elles exacerbent la stigmatisation sociale associée à la maladie mentale et à la toxicomanie et empêchent ce segment de population vulnérable de participer à des recherches d'une importance vitale qui pourraient améliorer les connaissances scientifiques sur les troubles qui les affectent et parfois même leur être personnellement bénéfiques. Les lignes directrices qui régissent la recherche sur des sujets humains sont-elles suffisantes pour protéger les personnes qui souffrent de maladie mentale ou de toxicomanie, particulièrement vulnérables? Sont-elles appliquées avec suffisamment de rigueur dans les essais cliniques menés en dehors des établissements d'enseignement?

6.3.4 Un programme de recherché national

Les témoins qui ont parlé de la recherche sur la santé mentale et la toxicomanie ont tous insisté sur la nécessité de disposer d'un programme de recherche national qui ferait fond sur le savoir-faire canadien actuel, qui coordonnerait les activités de recherche actuellement fragmentées menées par divers acteurs (gouvernements, organisations non gouvernementales, sociétés pharmaceutiques) et qui assurerait un équilibre entre la recherche biomédicale, la recherche clinique, la recherche sur les services de santé et la recherche sur la santé de la population dans le grand domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie.[54] À qui doit-on confier la responsabilité d'élaborer, de mettre en œuvre et de coordonner un tel programme de recherche : à l'INSMT, aux IRSC ou à une toute autre organisation? Quels sujets de recherche doivent initialement avoir la priorité?

6.4 TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION ET DES COMMUNICATIONS

6.4.1 Les dossiers de santé électroniques

Comme le Comité l'a expliqué dans son rapport d'octobre 2002 sur les soins de santé, l'établissement d'un système de dossiers de santé électroniques fournirait à chaque personne un dossier sûr, privé et complet relatant ses antécédents médicaux, à savoir les visites à des médecins de famille et des spécialistes, les hospitalisations, les prescriptions de médicaments, les tests de laboratoire, etc. Ce dossier pourrait être consulté en tout temps et en tout lieu par son titulaire et par les fournisseurs de soins de santé autorisés par lui.

Un tel système de dossiers de santé électroniques permettrait d'améliorer non seulement la qualité et l'opportunité des soins, mais aussi la gestion du système de santé et son efficience,

---

[53] Premier rapport, chapitre 11, section 11.6.

[54] Premier rapport, chapitre 10, section 10.5.

de même que la reddition de comptes. Les données extraites d'un tel système seraient par ailleurs extrêmement utiles à la recherche sur la santé.[55]

Tous les ordres de gouvernement du Canada sont bien conscients de l'utilité d'un système de dossiers de santé électroniques. En fait, le 11 septembre 2000, les premiers ministres s'étaient donné trois ans pour établir un tel système et étaient convenus de collaborer à l'élaboration de normes communes pour assurer la compatibilité et l'interopérabilité des réseaux provinciaux d'information sur la santé et garantir l'inviolabilité des renseignements médicaux personnels. C'est à la suite de cette entente que le gouvernement fédéral a, en 2001, établi Inforoute Santé du Canada Inc., organisme doté d'un budget de 500 millions de dollars, pour soutenir et accélérer l'élaboration et l'adoption de systèmes de dossiers de santé électroniques interfonctionnels dans tout le pays.

Dans son rapport d'octobre 2002, le Comité s'était dit tôt à fait en faveur de l'établissement d'un système de dossiers de santé électroniques. Nous avions souligné en particulier les travaux d'*Inforoute*, qui marquaient une étape importante vers l'intégration des infostructures de la santé provinciales et territoriales existantes. Nous avions alors recommandé que le gouvernement fédéral accorde à *Inforoute* deux milliards de dollars sur cinq ans pour l'élaboration d'un système national de dossiers de santé électroniques à l'appui du système hospitalier et médical qui relève de l'assurance-maladie.[56] En 2003, le gouvernement fédéral a porté le capital d'*Inforoute* à 1,1 milliard de dollars.

Le Comité estime que l'amélioration de la gestion de l'information sur la santé, en grande partie grâce à l'application du dossier de santé électronique, peut avoir un effet sur l'efficacité et l'efficience des services de santé mentale et du traitement des toxicomanies.

Le Comité estime que l'amélioration de la gestion de l'information sur la santé, en grande partie grâce à l'application du dossier de santé électronique, peut avoir un effet sur l'efficacité et l'efficience des services de santé mentale et du traitement des toxicomanies. Premièrement, comme dans le cas des soins de santé physique, le dossier de santé électronique est une condition préalable nécessaire à l'instauration d'un système de santé mentale et de traitement de la toxicomanie véritablement axé sur la personne. Deuxièmement, il présente un potentiel extraordinaire d'intégration des divers éléments du système de services de santé mentale et du système de traitement de la toxicomanie, lesquels fonctionnent actuellement en vase clos. Troisièmement, le fait de pouvoir échanger des renseignements sur la santé par des moyens sûrs, où et quand on en a besoin, permet d'optimiser les soins de santé mentale et d'accélérer le rétablissement des malades. Enfin, le dossier de santé électronique permet d'éviter de redemander les antécédents personnels et familiaux en matière de santé mentale chaque fois qu'une personne rencontre un nouveau professionnel de la santé mentale ou de la toxicomanie.

Le Comité voudrait savoir si le système de dossiers de santé électroniques en cours d'élaboration par Inforoute Santé du Canada Inc. suscite des inquiétudes particulières parmi les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie. Par exemple, les dossiers

55 *Recommandations en vue d'une réforme*, octobre 2002, chapitre 10, section 10.2.
56 *Ibid.*

psychiatriques sont-ils vraiment différents des autres types de dossiers médicaux et, dans l'affirmative, en quoi? L'information sur la santé mentale et la toxicomanie doit-elle être traitée différemment des autres données personnelles sur la santé contenues dans le dossier de santé électronique? Nous aimerions connaître les vues des fournisseurs de soins en santé mentale, des spécialistes de la toxicomanie, des malades et de leur famille.

Les questions les plus délicates que soulève le dossier de santé électronique concernent la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels sur la santé. Nous traitons de ces questions en détail à la section 6.5 ci-dessous.

Le Comité voudrait savoir si le système de dossiers de santé électroniques en cours d'élaboration par Inforoute Santé du Canada Inc. suscite des inquiétudes particulières parmi les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie. L'information sur la santé mentale et la toxicomanie doit-elle être traitée différemment des autres données personnelles sur la santé contenues dans le dossier de santé électronique?

6.4.2 Les services de télésanté mentale

Comme le Comité l'a expliqué dans son rapport d'avril 2002, la télémédecine exploite le matériel de vidéoconférence et les appareils connexes pour fournir des soins de santé à distance. Elle permet donc d'améliorer grandement la qualité des soins et l'accès aux soins en temps opportun, en particulier dans les régions rurales et éloignées. Le matériel de vidéoconférence peut, par ailleurs, servir aussi à la formation permanente et au perfectionnement des fournisseurs de soins de santé dans les collectivités éloignées.[57]

Les services de santé mentale et les moyens de soutien connexes sont très inégalement distribués entre les régions. Ils font particulièrement défaut dans les régions rurales et éloignées, surtout dans les communautés et les réserves autochtones où les personnes qui en ont besoin sont souvent forcées de parcourir de grandes distances pour se les procurer. Nul doute que cela ajoute au stress déjà grand des personnes atteintes de troubles mentaux ou de toxicomanie.[58]

Quand ils sont forcés de quitter leur localité, les gens se trouvent privés de leurs systèmes naturels de soutien et de leurs réseaux de soins informels qui leur apportent l'aide financière, psychologique et sociale dont ils ont besoin pour se rétablir mais que n'offre pas le système médical. Si, pour certains, l'anonymat de la ville est un répit bienvenu qui les libère de la stigmatisation et de la honte, dans bien des cas, l'éloignement peut avoir des répercussions fâcheuses importantes sur les thérapies et leurs résultats.

On a dit au Comité que de transplanter des travailleurs de la santé mentale habitués à la ville en milieu rural – en admettant qu'il y en ait qui acceptent de le faire – ne donnerait pas nécessairement de bons résultats, car ceux-ci ne seraient pas qualifiés pour composer avec les particularités de la culture rurale et la myriade d'enjeux connexes.

Quelles sont les perspectives de la télémédecine dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie? Quels sont les problèmes à surmonter? Le gouvernement fédéral investit-il

---

57 Principes et recommandations en vue d'une réforme, avril 2002, chapitre 4.

58 Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.3.

suffisamment dans la télémédecine pour les besoins du secteur de la santé mentale et de la toxicomanie?

Le Comité voudrait connaître l'avis des Canadiens sur l'expansion possible de la télémédecine en matière de prestation de services de santé mentale et de formation et de perfectionnement en santé mentale et en toxicomanie.

Quelles sont les perspectives de la télémédecine dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie? Quels sont les problèmes à surmonter? Le gouvernement fédéral investit-il suffisamment dans la télémédecine pour les besoins du secteur de la santé mentale et de la toxicomanie?

6.4.3 Un réseau d'information sur la santé accessible sur internet

Les personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie et leur famille veulent de l'information à jour sur les troubles mentaux qui les frappent et sur les thérapies, services et moyens de soutien qui pourraient leur être utiles. Cependant, malgré l'essor des communications par Internet, les gens continuent d'avoir du mal à se procurer une information fiable quand ils en ont le plus besoin; à coup sûr, cette information n'est pas toujours accessible, ni à la portée de tous les Canadiens. En outre, la plupart du temps, il est bien difficile pour les personnes concernées de savoir si l'information qu'elles trouvent est juste et objective et si elles peuvent s'y fier.

Le Réseau canadien de la santé, établi conjointement par le gouvernement fédéral et certaines organisations du secteur de la santé, est considéré par beaucoup comme un des meilleurs du monde. Il offre à la population une information utile sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie dans 26 domaines clés, dont la santé mentale et la toxicomanie.

Certaines provinces ont aussi établi des sites Web consacrés à la maladie mentale et à la toxicomanie. Citons à titre d'exemple le site www.heretohelp.bc.ca, établi par un groupe de sept organismes provinciaux sans but lucratif de la Colombie-Britannique et financé par le gouvernement provincial.

Dans son rapport d'avril 2002, le Comité recommandait la création d'un portail national public donnant accès à une information sur la santé qui soit complète, fiable et propre à faciliter la prise des décisions liées à la santé. Nous avions recommandé que l'on s'appuie pour cela sur le succès du Réseau canadien de la santé et que le portail assure l'intégration des portails provinciaux et territoriaux de manière à garantir la cohérence de l'information. Nous avions aussi précisé que le portail national devrait faciliter

Dans son rapport d'avril 2002, le Comité recommandait la création d'un portail national public donnant accès à une information sur la santé qui soit complète, fiable et propre à faciliter la prise des décisions liées à la santé. Nous avions recommandé que l'on s'appuie pour cela sur le succès du Réseau canadien de la santé et que le portail assure l'intégration des portails provinciaux et territoriaux de manière à garantir la cohérence de l'information.

l'accès des populations mal desservies (Autochtones, collectivités rurales et éloignées, etc.) à une information de haute qualité.[59]

Le Réseau canadien de la santé est-il bien placé pour devenir un site Web de confiance dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie? Comment le Réseau peut-il exploiter les forces de ses homologues provinciaux sans cependant faire double emploi?

Le Réseau canadien de la santé est-il bien placé pour devenir un site Web de confiance dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie? Comment le Réseau peut-il exploiter les forces de ses homologues provinciaux sans cependant faire double emploi?

6.5 PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Dans son dernier rapport sur les soins de santé (octobre 2002), le Comité a traité de la question de la protection des dossiers de santé électroniques et de leur exploitation pour les fins de la recherche.

Pour ce qui est des dossiers de santé électroniques, nous avons noté d'importantes différences entre les lois sur la protection des renseignements personnels et les politiques d'accès aux données des provinces. Nous avons recommandé que le gouvernement fédéral et les provinces et territoires se concertent pour harmoniser la protection des renseignements personnels sur la santé.

Nous avons aussi abordé la question du grand nombre d'intervenants dans la collecte des renseignements personnels sur la santé qui figureraient dans un dossier de santé. Nous avons recommandé que l'on institue des mesures de sécurité de pointe pour protéger les renseignements personnels sur la santé et que les divers dépositaires, qui ont accès aux dossiers, rendent compte de l'utilisation qu'ils en font.[60]

En ce qui concerne la recherche, le Comité s'était rangé à la nécessité d'autoriser un accès limité aux renseignements personnels sur la santé à des fins de recherche tout en préservant la confidentialité de cette information. Nous avons recommandé que le gouvernement fédéral mène une campagne de sensibilisation du public pour faire valoir les avantages de l'exploitation des renseignements personnels sur la santé pour les fins de la recherche sur la santé. Nous avons recommandé aussi que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les IRSC et les autres parties concernées, étudie les mécanismes d'examen et de contrôle nécessaires pour protéger les renseignements personnels sur la santé.[61]

Dans son premier rapport, le Comité faisait remarquer que, selon certains personnes, la protection des renseignements personnels est peut-être encore plus préoccupante dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie que dans celui de la santé physique. Les témoignages que nous avons entendus nous forcent à nous demander si les politiques et les lois qui régissent la confidentialité et la protection des renseignements

[59] Principes et recommandations en vue d'une réforme, avril 2002, chapitre 4, section 4.7.

[60] Recommandations en vue d'une réforme, octobre 2002, chapitre 10.

[61] Recommandations en vue d'une réforme, octobre 2002, chapitre 12.

personnels – qui, en règle générale, servent assez bien les personnes mentalement compétentes – ne desservent en fait pas les intérêts des personnes qui, en raison de la nature et du caractère envahissant de la maladie mentale et de la toxicomanie, sont partiellement ou entièrement dépendantes de multiples prestataires de soins.[62]

Les témoignages que nous avons entendus nous forcent à nous demander si les politiques et les lois qui régissent la confidentialité et la protection des renseignements personnels qui, en règle générale, servent assez bien les personnes mentalement compétentes, ne desservent pas en fait les intérêts des personnes qui, en raison de la nature et du caractère envahissant de la maladie mentale et de la toxicomanie, sont partiellement ou entièrement dépendantes de multiples dispensateurs de soins.

Dans le contexte d'un système de dossiers de santé électroniques, le Comité est bien conscient que toute érosion des mesures de protection des renseignements personnels aurait de graves conséquences sur la confiance que les patients ont envers ceux qui leur dispensent des soins. Cependant, des témoins nous ont déclaré que, dans certaines circonstances, la stricte observance des règles relatives à la protection des renseignements personnels et à la confidentialité va à l'encontre des intérêts des personnes dont la santé mentale est compromise. Il faut reconnaître ces difficultés particulières lorsqu'on élabore, interprète et applique les règles en matière de protection des renseignements personnels et de confidentialité, afin que les dispensateurs de soins de santé puissent apporter aux patients l'aide dont ils ont besoin.[63]

Le Comité voudrait connaître les vues des Canadiens à ce sujet. L'établissement d'un système de dossiers de santé électroniques exige-t-il l'ajout de mesures de sécurité additionnelles pour protéger l'information sur la santé mentale et la toxicomanie ou faut-il au contraire prévoir des assouplissements pour que l'information circule mieux et que l'on puisse dispenser des soins de santé mentale de meilleure qualité avec une plus grande continuité? Nous aimerions savoir aussi s'il faut modifier les lois provinciales pour permettre la communication de renseignements sur les malades entre fournisseurs de soins.

Quels changements faudrait-il apporter aux règles pour faciliter la communication des renseignements concernant un malade à sa famille? Faut-il normaliser et uniformiser davantage les usages quant à la communication de renseignements personnels sur des personnes atteintes de troubles mentaux ou de toxicomanie?

L'observation rigoureuse des règles courantes de confidentialité et de protection des renseignements personnels peut avoir des conséquences fâcheuses. En effet, actuellement, un médecin ne peut communiquer aucune information personnelle aux soignants, parents, frères et sœurs ou enfants d'une personne atteinte de troubles mentaux ou de toxicomanie sans le consentement de celle-ci. Or, les personnes concernées ne sont pas toujours aptes à donner ce consentement.[64]

---

[62] Premier rapport, chapitre 11, section 11.3.
[63] Premier rapport, chapitre 11, section 11.7.
[64] Premier rapport, chapitre 11, section 11.3.

Existe-t-il des systèmes de santé mentale comportant des procédures et des formulaires de consentement meilleurs et plus clairs pour la divulgation d'informations aux familles? Quels changements faudrait-il apporter aux règles pour faciliter la communication des renseignements concernant un malade à sa famille? Faut-il normaliser et uniformiser davantage les usages quant à la communication de renseignements personnels sur des personnes atteintes de troubles mentaux ou de toxicomanie?

CHAPITRE 7:
LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Le gouvernement fédéral a un rôle direct et un rôle indirect dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie. Son rôle direct tient à ses responsabilités constitutionnelles envers les membres des Premières Nations qui vivent dans des réserves, les détenus des pénitenciers fédéraux, les anciens combattants et les membres des Forces canadiennes, la GRC, et certains immigrants reçus et demandeurs du statut de réfugié. Le gouvernement fédéral est, par ailleurs, un gros employeur qui gère des effectifs considérables. Son rôle indirect tient à ce qu'il lui incombe de veiller à l'intérêt public au niveau national, ce qui couvre notamment les transferts aux provinces et territoires, la collecte de données, le financement de travaux de recherche, l'homologation des médicaments, les mesures de soutien du revenu et les pensions d'invalidité, certains programmes sociaux comme les mesures relatives au logement, la justice pénale et la promotion de la santé et du bien-être de la population. En conséquence, il existe un vaste éventail de programmes et de services fédéraux qui touchent la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie.[65]

7.1 RÔLE DIRECT

La manière dont le gouvernement fédéral aborde les questions de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie relativement aux divers groupes qui relèvent de lui est très fragmentée.

Dans son premier rapport, le Comité signale la façon extrêmement fragmentée dont le gouvernement fédéral aborde les questions de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie relativement aux divers groupes qui relèvent de lui : les services et moyens de soutien sont offerts par plusieurs ministères ou plusieurs direction ou divisions ministérielles, sans grande collaboration. Nous avons aussi fait état du manque de coopération entre le gouvernement fédéral et les provinces au sujet des programmes qui visent les Premières Nations, les Inuits et les détenus des pénitenciers fédéraux. Nous avons en outre signalé de nombreuses lacunes au niveau des services dans de nombreux programmes.[66]

Nous n'avons constaté aucun effort ayant pour objet d'élaborer un cadre fédéral global intégré ou d'obtenir la collaboration de tous les ministères et organismes concernés.

Dans l'ensemble, le gouvernement fédéral ne semble pas s'être donné de stratégie à l'égard des groupes dont il est directement responsable, et encore moins une stratégie globale visant l'ensemble de la population. Nous n'avons observé aucun effort ayant pour objet d'élaborer un cadre fédéral global intégré ou d'obtenir la collaboration de tous les ministères et

[65] Premier rapport, chapitre 9, section 9.1.
[66] Premier rapport, chapitre 9, section 9.2.

organismes concernés. On ne semble pas non plus chercher à concevoir une stratégie pour répondre aux besoins, en matière de santé mentale, des divers groupes qui relèvent du gouvernement fédéral.[67]

Que peut-on faire pour mieux coordonner et intégrer les mesures fédérales en matière de santé mentale et de toxicomanie à l'égard des groupes qui relèvent des autorités fédérales?

Que peut-on faire pour mieux coordonner et intégrer les mesures fédérales en matière de santé mentale et de toxicomanie à l'égard des groupes qui relèvent des autorités fédérales? Par exemple, faudrait-il que Santé Canada collabore avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord, le ministère du Développement des ressources humaines et les autres ministères concernés pour améliorer l'efficacité et l'efficience de la prestation des services de santé mentale et des traitements de la toxicomanie dans les communautés de Premières Nations et les collectivités inuites? Comment s'y prendre pour favoriser ce type de collaboration interministérielle? Vaudrait-il mieux confier à un seul ministère la prestation de tous les services concernant la santé mentale et la toxicomanie? Ou encore faudrait-il céder cette responsabilité aux provinces, le gouvernement fédéral se contentant d'assumer le coût des services fournis?

De même, que peut-on faire pour améliorer l'offre et la qualité des services et des moyens de soutien dont les détenus des pénitenciers fédéraux ont besoin? Que peut faire le gouvernement fédéral pour que le Service correctionnel du Canada soit mieux en mesure de répondre aux besoins sur le plan des services de santé mentale et du traitement de la toxicomanie?

Comment pourrait-on améliorer la collaboration entre les divers ordres de gouvernement en ce qui à trait à la prestation des services de santé mentale et au traitement de la toxicomanie pour les Premières Nations et les Inuits ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux? Dans le cas de ces derniers, par exemple, quelles politiques et quels programmes fédéraux et provinciaux faudrait-il harmoniser (par ex., le Code criminel et les lois provinciales sur la santé mentale)?

Les anciens combattants, ainsi que les membres des Forces canadiennes et de la GRC sont exclus de la définition de « personne assurée » aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*. Dans leur cas, les soins de santé, les services de santé mentale, la prévention du suicide et le traitement de la toxicomanie relèvent du ministère des Anciens combattants, du ministère de la Défense nationale et de Santé Canada. Comment pourrait-on mieux coordonner les programmes et les activités de ces ministères?

7.2 RÔLE INDIRECT

Outre un rôle direct, le gouvernement fédéral a aussi un rôle indirect dans le secteur de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie dans la mesure où il doit voir à l'intérêt public d'un point de vue national. Des témoins ont fait remarquer au Comité que le gouvernement fédéral se sert régulièrement du pouvoir de dépenser que lui confère la

[67] Premier rapport, chapitre 9, section 9.3.

Constitution pour influer sur de vastes initiatives nationales qui relèvent de la politique de santé et de la politique sociale. En fait, ce pouvoir de dépenser est à la base de la *Loi canadienne sur la santé* et du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux.[68]

Il a beaucoup été question, durant les audiences du Comité, de l'ambivalence qui persiste depuis 55 ans quant à la place des services de santé mentale dans le système public de soins de santé.[69] Actuellement, la *Loi canadienne sur la santé* exclut expressément de la définition de l'*intégralité* les services dispensés par des établissements psychiatriques. De nombreux services de santé mentale dispensés par des fournisseurs de soins autres que des médecins ne sont pas couverts par la *Loi;* c'est le cas par exemple des services des psychologues.[70]

Il a beaucoup été question, durant les audiences du Comité, de l'ambivalence qui persiste depuis 55 ans quant à la place des services de santé mentale dans le système public de soins de santé.

Actuellement, aucune portion spécifiée des transferts fédéraux n'est expressément vouée à la santé mentale et au traitement de la toxicomanie. Le Transfert canadien en matière de santé prévoit des fonds pour les services communautaires actifs de santé mentale mais aucun montant précis n'est réservé à cet usage.[71]

Que peut faire le gouvernement fédéral pour dissiper l'ambivalence quant à la place de la santé mentale dans ses politiques et programmes d'envergure nationale?

Que peut faire le gouvernement fédéral pour dissiper l'ambivalence quant à la place de la santé mentale dans ses politiques et programmes d'envergure nationale? Serait-il opportun de modifier la *Loi canadienne sur la santé* pour inclure dans les services assurés les services dispensés par les établissements psychiatriques et par les psychologues? Le gouvernement fédéral doit-il vouer une partie donnée de ses paiements de transfert à la maladie mentale et à la toxicomanie? Faudrait-il pour cela adopter une loi sur la santé mentale? Le premier ministre doit-il nommer un ministre d'État à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie?

Si le gouvernement fédéral décidait d'adopter des mesures incitatives propres à faire en sorte que les personnes souffrant de troubles mentaux ou de toxicomanie aient un accès universel et équitable aux services et aux moyens de soutien dont elles ont besoin, de quelle nature doivent être ces mesures et comment pourra-t-on le mieux atteindre l'objectif visé?

Vaudrait-il mieux que le gouvernement fédéral institue un nouveau mécanisme de financement axé spécifiquement sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie? Faut-il subordonner les transferts aux provinces et aux territoires à certaines conditions relativement à la maladie mentale et à la toxicomanie et, dans l'affirmative, lesquelles? Si le

---

68 Premier rapport, chapitre 9, section 9.4.
69 Premier rapport, chapitre 9, section 9.4.2.
70 Premier rapport, chapitre 9, section 9.5.1.
71 Premier rapport, chapitre 9, section 9.5.2.

gouvernement fédéral décidait d'adopter des mesures incitatives propres à faire en sorte que les personnes souffrant de troubles mentaux ou de toxicomanie aient un accès universel et équitable aux services et aux moyens de soutien dont elles ont besoin, de quelle nature doivent être ces mesures et comment pourra-t-on le mieux atteindre l'objectif visé?

Le régime d'assurance contre les frais exorbitants de médicaments de prescription – envisagé par le Comité et qui figure dans le Plan décennal pour consolider les soins de santé des premiers ministres (septembre 2004) – permettra-t-il que les personnes atteintes de troubles mentaux ou de toxicomanie obtiennent les médicaments de prescription dont elles ont besoin?

Une autre question a été abordée durant les audiences du Comité : celle des médicaments de prescription et des services à domicile. Que peut faire le gouvernement pour que les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie bénéficient des pharmacothérapies dont elles ont besoin? Le régime d'assurance contre les frais exorbitants de médicaments de prescription – envisagé par le Comité[72] et qui figure dans le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* des premiers ministres (septembre 2004) – permettra-t-il que les personnes atteintes de troubles mentaux ou de toxicomanie obtiennent les médicaments de prescription dont elles ont besoin? Ces personnes ont-elles des réserves au sujet de ce régime?

De quelle forme de programme de soins à domicile (soins actifs de courte durée, évaluation des besoins ou soins de longue durée) a-t-on besoin dans le domaine de la maladie mentale et de la toxicomanie?

De même, de quelle forme de programme de soins à domicile (soins actifs de courte durée, évaluation des besoins ou soins de longue durée) a-t-on besoin dans le domaine de la maladie mentale et de la toxicomanie? L'entente des premiers ministres de septembre 2004 prévoyant la couverture intégrale de certains services de soins à domicile, notamment deux semaines de soins actifs communautaires de santé mentale fournis à domicile pour la gestion du cas et des services d'intervention d'urgence, est-elle suffisante ou faut-il envisager un programme plus complet?

7.3 COLLABORATION INTERGOUVERNEMENTALE

Il est essentiel de resserrer très nettement la consultation et la collaboration intergouvernementales pour assurer l'uniformité, élaborer et faire respecter des normes, harmoniser les mesures et lancer une initiative nationale en santé mentale.

Le gouvernement fédéral se sert depuis longtemps de son potentiel fiscal pour influer sur les politiques nationales en matière de santé et de programmes sociaux, mais certains affirment que cela ne suffit pas. Des témoins ont dit au Comité qu'il est essentiel de resserrer très nettement la consultation et la collaboration intergouvernementales pour assurer l'uniformité, élaborer et faire respecter des normes, harmoniser les mesures et lancer une initiative nationale en santé mentale. Cependant, c'est aux provinces et aux territoires qu'il incombe d'assurer la prestation des services liés à la santé mentale et à la toxicomanie sur leur territoire, et toute initiative fédérale doit en tenir compte. En

72 Recommandations en vue d'une réforme, octobre 2002, chapitre 7.

conséquence, toute tentative de restructuration et de réforme du secteur de la santé mentale et de la toxicomanie passe nécessairement par la consultation et la collaboration intergouvernementales.

Or, bien peu de ressources sont consacrées aux activités intergouvernementales dans ce domaine. Une structure a été certes été établie le 17 avril 1986 – le Réseau consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale – pour conseiller la conférence des sous-ministres de la santé sur la coopération entre les administrations fédérale, provinciales et territoriales dans le domaine de la santé mentale. Cependant, à la fin des années 90, la Conférence des sous-ministres de la santé a cessé de financer le Réseau, si bien qu'on n'a plus les moyens de réunir les décisionnaires en santé mentale de tout le pays pour leur permettre d'échanger des informations et d'élaborer des politiques et des plans cohérents. Quelques provinces continuent de participer au Réseau consultatif, mais le financement plutôt restreint qu'elles fournissent limite l'envergure des travaux.[73]

Que peut faire le gouvernement fédéral pour encourager la coordination, la collaboration et les partenariats entre les divers ordres de gouvernement dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie?

Toute tentative de restructuration et de réforme du secteur de la santé mentale et de la toxicomanie passe nécessairement par la consultation et la collaboration intergouvernementales

Que peut faire le gouvernement fédéral pour encourager la coordination, la collaboration et les partenariats entre les divers ordres de gouvernement dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie? Faut-il révisiter le Réseau consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale pour lui donner un mandat plus vaste qui engloberait à la fois la santé mentale et la toxicomanie? Vaudrait-il mieux soit établir un tout nouvel organisme (sur le modèle de la commission de la santé mentale de la Nouvelle-Zélande[74], du National Institue for Mental Health in England[75] ou de l'ancienne Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick), soit confier ce mandat à un organisme existant (comme l'Agence de santé publique du Canada)?

Que peut faire le gouvernement fédéral pour encourager la coordination, la collaboration et les partenariats entre les divers ordres de gouvernement dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie?

Que peut faire le gouvernement fédéral pour faciliter la tâche aux provinces et aux territoires qui tentent une réforme et un renouvellement de leur système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie? Existe-t-il, au Canada, des modèles à émuler? Est-ce que la création d'un ministère

Que peut faire le gouvernement fédéral pour faciliter la tâche aux provinces et aux territoires qui tentent une réforme et un renouvellement de leur système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie?

---

73 Premier rapport, chapitre 9, section 9.4.

74 Deuxième rapport, chapitre 2, section 2.1.1.

75 Deuxième rapport, chapitre 2, section 3.1.1.

d'État à la santé mentale et à la toxicomanie, comme il en existe en Colombie-Britannique, serait utile dans les autres provinces et territoires, voire au niveau fédéral?

7.4 PLAN D'ACTION NATIONAL

On a fait valoir au Comité qu'en plus d'une bonne collaboration intergouvernementale, le Canada a besoin d'un plan d'action national complet en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie pour garantir la réussite de la réforme et de la restructuration. L'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni se sont déjà dotés d'une stratégie ou d'un plan d'action national en santé mentale. De l'avis de beaucoup, le Canada souffre de l'absence de leadership au niveau national dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie, ce qui a des conséquences non négligeables : les mesures de réforme du secteur de la santé, qu'il s'agisse de celles du gouvernement fédéral ou de celles des provinces et des territoires, ne traitent pas spécifiquement de la maladie mentale et de la toxicomanie; les rôles et responsabilités des parties concernées sont mal définis; le fait que les provinces et les territoires en soient chacun à des étapes différentes de réforme de leur système de soins relativement à la maladie mentale et à la toxicomanie entraîne des inégalités ennuyeuses.

Beaucoup ont dit au Comité que le gouvernement fédéral devrait assumer un rôle de chef de file dans l'élaboration d'un plan d'action national. Ils estiment que c'est l'absence de leadership fédéral qui est à l'origine de l'approche fragmentée de la maladie mentale et de la toxicomanie, de l'apparition de modèles divergents voire incompatibles dans les diverses provinces et de doubles emplois inutiles et d'un gaspillage de ressources.

Le Canada a besoin d'un plan d'action national complet en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie pour assurer la réussite de la réforme et de la restructuration. De l'avis de beaucoup, le Canada souffre de l'absence de leadership au niveau national dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie, ce qui a des conséquences non négligeables.

Pour de nombreux témoins, le cadre national doit fixer des normes de service pour tous les aspects de la santé mentale (prévention, promotion de la santé, services communautaires aux malades hospitalisés et services spécialisés). Ces normes doivent aussi s'appliquer aux services dispensés durant toute la vie de chaque personne concernée. Le plan d'action doit faire une bonne place aux enfants et aux adolescents, aux Autochtones, aux personnes âgées, aux détenus des pénitenciers fédéraux, aux femmes et aux immigrants reçus.

Beaucoup ont recommandé que le gouvernement fédéral assume un rôle de chef de file dans l'élaboration d'un plan d'action national.

Beaucoup de témoins ont insisté sur le fait qu'un plan d'action national en matière de santé mentale doit être le fruit d'une collaboration faisant intervenir le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces et des territoires, les ONG et les autres organisations concernées, de même que les malades eux-mêmes.

En septembre 2000, l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, organisation qui représente une vingtaine d'ONG, a fait paraître un document de discussion dans lequel elle réclamait l'élaboration d'un plan d'action national qui susciterait une transformation fondamentale de la manière dont on aborde la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada. Ce document de travail se voulait la première étape d'un processus qui devait mener à un consensus sur un plan d'action national. Il s'agissait d'un outil permettant de faciliter la discussion, de susciter des idées et d'établir une coalition nationale forte pour promouvoir la mise en œuvre du plan d'action par tous les paliers de gouvernement. Il n'était pas conçu comme un document de discussion politique ni comme un guide de réforme systémique. Quels progrès ont été réalisés aux échelons fédéral, provincial et local depuis la parution de ce document de l'Alliance? Les objectifs ou la conception prônés par l'Alliance ont-elles été adoptés dans certaines régions? Les ONG représentées par l'Alliance doivent-elles aller plus loin et élaborer une proposition concrète de restructuration du système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie?

De manière plus générale, qu'est-ce qui empêche actuellement l'élaboration d'un plan d'action national en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie? Comment ce plan devrait-il être élaboré et mis en oeuvre? Faudrait-il procéder par étapes ou mettre en œuvre simultanément plusieurs grands systèmes? Faut-il un seul plan d'action pour l'ensemble du Canada ou des plans d'action par province et par territoire fondés sur une conception commune?

Beaucoup de témoins ont insisté sur le fait qu'un plan d'action national en matière de santé mentale doit être le fruit d'une collaboration faisant intervenir le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces et des territoires, les ONG et les autres organisations concernées, de même que les malades eux-mêmes

Outre qu'ils leur faut élaborer une démarche commune claire, les gouvernements devraient-ils définir des objectifs et normes détaillés en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie? Cela contribuerait-il à une meilleure évaluation des résultats obtenus auprès des malades et à une meilleure appréciation du rendement du système?

Le plan d'action national doit-il être élaboré par étapes ou faudrait-il mettre en œuvre simultanément plusieurs grands systèmes? Faut-il un seul plan d'action pour l'ensemble du Canada ou des plans d'action par province et par territoire fondés sur une conception commune?

Quels éléments doivent figurer dans un plan d'action national : sensibilisation et éducation du public et des professionnels; prévention de la maladie mentale et du suicide; diffusion d'informations ou de lignes directrices sur les pratiques exemplaires; planification des ressources humaines (formation et perfectionnement); financement de la recherche; mesures propres à encourager l'intégration systémique et la collaboration? Quelles doivent être les priorités?

Quels éléments doivent figurer dans un plan d'action national?

Comment devons-nous nous y prendre pour faire en sorte que les personnes touchées par la maladie mentale et la toxicomanie et leur famille puissent participer pleinement à l'élaboration d'un plan d'action national?

Comment devons-nous nous y prendre pour faire en sorte que les personnes touchées par la maladie mentale et la toxicomanie et leur famille puissent participer pleinement à l'élaboration d'un plan d'action national?

CHAPITRE 8:
FINANCEMENT DE LA RÉFORME, RENDEMENT ET REDDITION DE COMPTES

Le montant total du financement consacré aux services et moyens de soutien en matière de santé mentale et de traitement des toxicomanies suscite des préoccupations. IL a aussi beaucoup été question de la nécessité de trouver une formule de financement qui permette de distribuer équitablement dans tout le pays les fonds destinés aux services de santé mentale et au traitement des toxicomanies.

Le Comité a entendu dire que l'aboutissement de la restructuration du système de santé mentale et de traitement de la toxicomanie dépend non seulement d'une suffisance de ressources pour offrir les services et moyens de soutien nécessaires, mais aussi de la mise en place d'outils et de structures efficaces de contrôle et d'évaluation du rendement, d'une structure de gestion de l'information et d'un cadre de financement pour assurer une distribution équitable des fonds.

8.1 NIVEAU DE FINANCEMENT

La question du financement des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie est l'objet d'un intense débat au Canada, comme dans bien d'autres pays d'ailleurs. Des rapports provinciaux illustrent le sous-financement chronique des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie. Beaucoup de gens estiment que les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants pâtissent de ce manque de financement. En particulier celles qui appartiennent à une minorité ethnoculturelle, les sans-abri et celles atteintes de troubles multiples.[76]

De nombreux témoins sont d'avis que les dépenses publiques consacrées à la santé mentale et à la toxicomanie au Canada sont bien faibles en regard de la prévalence et du fardeau économique de la maladie mentale et des toxicomanies, comparativement aux affections physiques

De l'avis de nombreux témoins, les dépenses publiques consacrées à la santé mentale et à la toxicomanie au Canada sont bien faibles en regard de la prévalence et du fardeau économique de la maladie mentale et des toxicomanies, comparativement aux affections physiques. D'autres ont affirmé que les budgets sont insuffisants pour permettre une transition réussie des soins en institution à des soins et des moyens de soutien permettant la vie dans la collectivité.[77]

Il n'est pas facile de savoir combien d'argent exactement il faut consacrer à la maladie mentale.

Malheureusement, il n'est pas facile de savoir combien d'argent exactement il faut consacrer à la maladie mentale, à la santé mentale et à la toxicomanie. Il est actuellement impossible d'obtenir des données globales sur les

[76] Premier rapport, section 8.2.1.

[77] Premier rapport, chapitre 7.

dépenses au titre des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie. Il reste que beaucoup de témoins ont dénoncé les grandes lacunes des services et le fait qu'on répond mal aux besoins des personnes atteintes. Il faudra vraisemblablement augmenter les ressources consacrées à ce segment du système de santé. Pour déterminer les investissements nécessaires, il faudra d'abord se livrer à un examen en profondeur de la manière dont sont employées les ressources actuelles et élaborer un plan exploitant les façons les plus efficaces de faire un usage optimal des ressources courantes.

L'usage optimal des ressources soulève de nombreuses questions. Par exemple, est-il possible de modifier le système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie pour obtenir des gains d'efficience et générer des économies suffisantes pour financer les services nécessaires de santé mentale et de traitement de la toxicomanie? Les pouvoirs publics doivent-ils consacrer davantage d'argent à ces services? Dans l'affirmative, combien? Et d'où doivent venir les crédits additionnels nécessaires : de la réaffectation de ressources courantes ou d'une augmentation des impôts?

Doit-on lier le montant des fonds destinés à la maladie mentale et à la toxicomanie à la prévalence de ces troubles et au fardeau qu'ils font peser sur l'économie? Quels doivent être le niveau et la forme de la contribution du gouvernement fédéral à cet égard? Doit-elle demeurer à l'intérieur du système actuel de transferts (TCMS et TCMPS) ou doit elle relever d'une enveloppe nouvelle distincte?

Doit-on lier le montant des fonds destinés à la maladie mentale et à la toxicomanie à la prévalence de ces troubles et au fardeau qu'ils font peser sur l'économie?

Le Comité a noté avec intérêt que le gouvernement de la Nouvelle-Zélande s'est fixé des objectifs très détaillés (comme le nombre de lits d'hôpital, de travailleurs communautaires en santé mentale, de places de traitement à la méthadone, etc.) qui lui permettent de calculer le financement requis au niveau national et les besoins en matière de développement des services.[78] Le Canada doit-il suivre l'exemple de la Nouvelle-Zélande et se donner des objectifs en matière de ressources? Dans l'affirmative, ces objectifs doivent-ils ensuite servir de base au calcul des budgets du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires en matière de maladie mentale et de toxicomanie? Dans la négative, comment les budgets de ce secteur doivent-ils être calculés et par qui?

Le système actuel de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie dépend de multiples sources de financement. Comme les services et les moyens de soutien, le financement est fragmenté entre de nombreux programmes. Le financement public de ce secteur doit-il continuer de provenir des divers ministères concernés ou vaudrait-il mieux que les gouvernements instituent un fonds interministériel ou des programmes ou mesures interministériels dont les coûts et les avantages seraient partagés?

Vaudrait-il mieux que les gouvernements instituent un fonds interministériel ou des programmes ou mesures interministériels dont les coûts et les avantages seraient partagés?

[78] Deuxième rapport, chapitre 2, section 2.1.1.

Le Comité estime qu'il serait important d'aborder aussi la question de savoir si les fonds doivent viser surtout le traitement des signes et symptômes des troubles mentaux ou s'il faut également chercher à s'attaquer aux causes du mal. Il est également crucial de déterminer les activités à financer et, peut-être plus important encore, celles qu'il faut cesser de financer.

8.2 FINANCEMENT DISTINCT

Beaucoup de témoins ont recommandé un financement distinct réservé au secteur de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie. Ils s'appuient en cela sur l'exemple de l'Australie qui a consenti aux États et territoires une augmentation des transferts réservée à la réforme du secteur de la santé mentale; des ententes intergouvernementales ont été signées dans lesquelles les États et territoires s'engagent à maintenir ou à protéger leur niveau de financement. Autrement dit, ces transferts étaient en sus du financement courant.[79] Doit-on adopter une approche analogue au Canada ou vaudrait-il mieux que le financement du secteur relève d'une enveloppe séparée? Est-ce que la création de fonds réservés permettrait mieux de faire en sorte que le financement du secteur soit prévisible, durable et équitable?

Faut-il réserver une part des transferts à la santé mentale et à la toxicomanie?

Quels seraient les inconvénients de cette formule? Par exemple, court-on le risque que les fonds servent essentiellement à financer de soins primaires au détriment des moyens de soutien à caractère social?

8.3 RENDEMENT ET REDDITION DE COMPTES

De nombreux rapports provinciaux et des témoins ont fait état du manque criant de mécanismes de reddition de comptes dans le système actuel de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie. Les rôles et responsabilités des divers paliers de gouvernement et des multiples fournisseurs de services ne sont pas clairement définis. On a aussi besoin d'un système d'évaluation du rendement pour contrôler la qualité et l'efficacité des services offerts et la productivité globale du système.[80]

On observe un manque criant de mécanismes de reddition de comptes dans le système actuel de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie. Les rôles et responsabilités des divers paliers de gouvernement et des multiples fournisseurs de services ne sont pas clairement définis.

Dans son rapport d'octobre 2002 sur le régime de santé, le Comité avait recommandé la création d'un conseil national des soins de santé pour améliorer la responsabilisation dans le secteur de la santé et faire rapport sur le rendement du système (rentabilité, efficience, qualité et résultats des soins).[81] Nous avions aussi recommandé que les deux paliers de

Comment doit-on tenir les Canadiens au courant des progrès des gouvernements sur le plan de la réforme du système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie?

---

79 Deuxième rapport, chapitre 1, section 1.2.

80 Premier rapport, chapitre 8, section 8.2.1.

81 *Recommandations en vue d'une réforme*, octobre 2002, chapitre 1, p. 5-21.

gouvernement rendent compte de l'usage des fonds publics destinés à la santé.[82]

Comment doit-on tenir les Canadiens au courant des progrès des gouvernements sur le plan de la réforme du système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie? De la mise en œuvre des plans nationaux et provinciaux? De la réduction de la stigmatisation et de la discrimination? De l'offre de ressources humaines?

Faut-il instituer des programmes d'assurance de la qualité? Comment définir la qualité et, tout aussi important, comment la mesurer? Suivant quel processus doit-on élaborer un programme d'assurance de la qualité?

Faut-il instituer des programmes d'assurance de la qualité? Comment définir la qualité et, tout aussi important, comment la mesurer?

La reddition de comptes et les indicateurs de rendement sont tout aussi importants dans le domaine de la maladie mentale et de la toxicomanie qu'ils le sont dans celui des soins de santé en général. En 2000, le Réseau consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale a publié un document contenant une trousse d'indicateurs de rendement pour faciliter la reddition de comptes et l'évaluation permanentes des services et moyens de soutien en santé mentale. Cette trousse très détaillée, préparée à l'intention des provinces et des territoires, propose des indicateurs permettant de suivre le rendement au niveau du système, du programme et du client. Ces indicateurs sont-ils utilisés dans une province ou un territoire? Le gouvernement fédéral devrait-il encourager l'utilisation de ces indicateurs? Dans l'affirmative, comment?

Les indicateurs de rendement élaborés en 2000 par le Réseau consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale sont-ils utilisés dans une province ou un territoire? Le gouvernement fédéral devrait-il encourager l'utilisation de ces indicateurs? Dans l'affirmative, comment?

Le Conseil national des soins de santé proposé par le Comité et qui, une fois établi, s'est appelé le Conseil national de la santé, est-il l'organe approprié pour évaluer le rendement du système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie, faire rapport à ce sujet et améliorer la reddition de comptes? Ou est-ce que, comme ce système a besoin de services provenant d'un bien plus vaste éventail de programmes et de secteurs que le système de soins de santé, il ne vaudrait pas mieux confier ces responsabilités à un autre organe, comme l'Agence de santé publique du Canada ou une nouvelle organisation fédérale-provinciale-territoriale?

Le Conseil national des soins de santé est-il l'organe approprié pour évaluer le rendement du système de traitement de la maladie mentale et de la toxicomanie, faire rapport à ce sujet et améliorer la reddition de comptes?

---

82 *Recommandations en vue d'une réforme*, octobre 2002, chapitre 14, p. 255-264.

Le Comité sait que si la liste des sujets abordés et des solutions proposées dans le présent rapport est assez longue, il est encore loin d'avoir fait le tour de la question. Certains lecteurs auront d'autres sujets à proposer ou nous suggéreront de nouvelles solutions. Nous nous réjouissons d'avance de leur contribution. Nous sommes convaincus que leur participation contribuera à rehausser le débat sur toutes les questions qui touchent le secteur de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie.

Le Comité a besoin de l'opinion des personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie et de leur famille.

Nous savons parfaitement que les vrais experts de la maladie mentale et de la toxicomanie sont les personnes atteintes et leur famille ou ceux qui s'en occupent. Vous hésitez peut-être à parler ouvertement de vos préoccupations et de vos propositions de réforme par peur du qu'en-dira-t-on. Nous avons pourtant bien besoin de vous! Nous avons donc dressé une liste abrégée de questions qui se trouve sur le site Web du Comité. Nous aimerions que vous y répondiez, soit directement par courriel, soit par la poste, puisque le questionnaire est disponible en format imprimable.

Outre les personnes souffrant de troubles mentaux ou de toxicomanie, leur famille et leurs soignants, nous invitons vivement les professionnels de la santé mentale et du traitement de la toxicomanie, les autres fournisseurs de services de santé, les représentants d'organisations non gouvernementales et les porte-parole des gouvernements et ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux, ainsi que le grand public à prendre le temps de lire le document *Questions et options* et les deux rapports qui l'accompagnent et de nous faire part de leurs vues sur les solutions de réforme qu'ils préfèrent en nous indiquant les raisons de leur choix. Nous comptons sur l'aide de tous les Canadiens et de toutes les Canadiennes dans la préparation de notre rapport final et de nos recommandations. Veuillez faire parvenir vos commentaires à l'adresse suivante :

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

Le Sénat

Ottawa (Ontario) K1A 0A4

soc-aff-soc@sen.parl.gc.ca

Télécopieur : (613)990-6666

ANNEXE A:
LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ TROISIÈME SESSION DE LA 37E LÉGISLATURE (2 FÉVRIER AU 23 MAI 2004)

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
À titre personnel	David Loïse Murray Ronald	26 février 2003	9
	J. Michael Grass, président sortant, Groupe de mise en oeuvre en santé mentale du district de Champlain	5 juin 2003	17
	Nancy Hall, conseillère en santé mentale	8 mai 2003	16
	Thomas Stephens, expert-conseil	20 mars 2003	11
Académie canadienne d'épidémiologie psychiatrique	Dr Alain Lesage, président sortant	19 mars 2003	11
Académie canadienne de psychiatrie et de droit	Dre Dominique Bourget, présidente	5 juin 2003	17
Association canadienne de la santé mentale de l'Ontario	Patti Bregman, directrice des programmes	12 juin 2003	18
Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada	Margaret Synyshyn, présidente	29 mai 2003	16
Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario	Dr Simon Davidson, Chef, Section de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	1er mai 2003	13
Centre hospitalier universitaire Mère-enfant Sainte-Justine	Dre Joanne Renaud, pédopsychiatre; chercheuse boursière, Instituts de recherche en santé au Canada	30 avril 2003	13

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Centre de toxicomanie et de santé mentale	Jennifer Chambers, coordonnatrice du Conseil d'habitation	14 mai 2003	15
	Rena Scheffer, directrice, Services d'informations et d'éducation du public	28 mai 2003	16
CN Centre for Occupational Health and Safety	Kevin Kelloway, directeur	12 juin 2003	18
Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées	Dr David K. Conn, coprésident; president, Académie canadienne de psychiatrie gériatrique	4 juin 2003	17
Colombie-Britannique, Province de la	Patrick Storey, président, Conseil consultative du minister sur la santé mentale	14 mai 2003	15
	Heather Stuart, professeure agrégée, Santé communautaire et épidémiologie		
Global Business and Economic, Roundtable and Addiction and Mental Health	Rod Phillips, président et directeur général, Les Consultants Warren Sheppell	12 juin 2003	18
Hamilton Health Sciences Centre	Venera Bruto, psychologue	4 juin 2003	17
Hôpital Douglas	Eric Latimer, économiste de la santé	6 mai 2003	14
	Dr James Farquhar, psychiatre		
	Dre Mimi Israël, chef, Département de psychiatrie; professeure agrégée, Université McGill		
	Myra Piat, chercheuse		

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Hôpital Douglas	Amparo Garcia, chef clinico-administratif, Division des Services ultraspécialisés pour adultes	6 mai 2003	14
	Manon Desjardins, chef clinico-administratif, Division des Services sectorisés pour adultes		
	Jacques Hendlisz, directeur général		
	Robyne Kershaw-Bellmare, directrice des soins infirmiers		
Hôpital Louis-H. Lafontaine	Jean-Jacques Leclerc, directeur, Services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté	6 mai 2003	14
	Dr Pierre Lalonde, directeur, Clinique des jeunes adultes		
Hôpital St. Michaels	Dr Paul Links, titulaire de la chaire Arthur Sommer Rothenberg d'études sur le suicide	19 mars 2003	11
Institut canadien d'information sur la santé	Dr John S. Millar, vice-président, Recherche et analyse	20 mars 2003	11
	Carolyn Pullen, expert conseil		
	John Roch, gestionnaire principale, Protection de la vie privée, Secrétariat de la protection de la vie privée		

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Instituts de recherche en santé du Canada	Dr Rémi Quirion, directeur scientifique, Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies	6 mai 2003	14
	Bronwyn Shoush, commissaire, Institut de la santé des Autochtones	28 mai 2003	16
	Jean-Yves Savoie, président, Conseil consultatif, Institut de la santé publique et des populations	12 juin 2003	18
Santé Canada	Tom Lips, conseiller principal, Santé mentale, Division de la santé des collectivités, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique	19 mars 2003	11
	Pam Assad, directrice déléguée, Division de l'enfance et de l'adolescence, Centre de développement de la santé humaine, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique	30 avril 2003	13
Société Alzheimer du Canada	Steve Rudin, directeur exécutif	4 juin 2003	7
Société canadienne de pédiatrie	Dre Diane Sacks, présidente élue	1er mai 2003	13
	Marie-Adèle Davis, directrice exécutive		
Statistique Canada	Lorna Bailie, directrice adjointe, Division des statistiques sur la santé	20 mars 2003	11
St.Joseph's Health Care London	Maggie Gibson, psychologue	4 juin 2003	17

ORGANISMES	**NOM**	**DATE DE COMPARUTION**	**FASCICULE**
Université de Calgary	Dr Donald Addington, professeur et chef, Département de psychiatrie	29 mai 2003	16
Université de la Colombie-Britannique *(par vidéoconférence)*	Dre Charlotte Waddell, professeur adjointe, Unité d'évaluation de la santé mentale et des consultations communautaires, Département de psychiatrie, Faculté de médecine	1er mai 2003	13
Université Laval	Dr Michel Maziade, directeur, Département de spychiatrie, Faculté de médecine	6 mai 2003	14
Université du Manitoba	John Arnett, chef, Département de santé psychologique clinique, Faculté de médecine	28 mai 2003	16
	Robert McIlwraith, professeur et directeur, Programme de psychologie en milieu rural et nordique	29 mai 2003	
Université McGill	Dr Howard Steiger, professeur, Départment de psychiatrie; directeur, Clinique des troubles alimentaires, Hôpital Douglas	1er mai 2003	13
Université de Montréal	Laurent Mottron, chercheur, Département de psychiatrie, Faculté de médecine	6 mai 2003	14

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Université de Montréal	Dr Richard Tremblay, titulaire, chaire de recherche du Canada sur le développement des enfants, professeur de pédiatrie, psychiatrie et psychologie, directeur, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants	6 mai 2003	14
	Dr Jean Wilkins, professeur titulaire et pédiatre, Département de pédiatrie, Faculté de médecine		
	Dre Renée Roy, professeure adjointe de clinique, Département de psychiatrie, Faculté de médecine		
Université d'Ottawa	Tim D. Aubry, professeur associé; co-directeur , Centre de recherché sur les services communautaires	5 juin 2003	17
	Dr Jeffrey Turnbull, directeur, Département de médecine, Faculté de médecine		
Université du Québec à Montréal	Henri Dorvil, professeur, École de travail social	6 mai 2003	14
	Dr Michel Tousignant, professeur et chercheur, Centre de recherche et intervention sur le suicide et l'euthanasie		
Université Queen's	Dr Julio Arboleda-Florèz, professeur et chef du Département de psychiatrie	20 mars 2003	11

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Université de Toronto	Dr Joe Beitchman, professeur et directeur, Division de la psychiatrie de l'enfant; psychiatre en chef, Hospital for Sick Children	30 avril 2003	13
Université de Toronto	Dr David Marsh, directeur des services cliniques, Médecine des toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale	29 mai 2003	16

ANNEXE B: LISTE DES TÉMOINS AYANT COMPARUS DEVANT LE COMITÉ DEUXIÈME SESSION DE LA 37^{E} LÉGISLATURE (30 SEPTEMBRE 2002 – 12 NOVEMBRE 2003)

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
À titre personnel	Charles Bosdet Pat Caponi Don Chapman,	29 avril 2004	7
Alberta Mental Health Board	Ray Block, directeur général Sandra Harrison, directrice exécutive, Planification, défense des droits et liaison	28 avril 2004	7
Alliance de la Fonction publique du Canada	John Gordon, vice-président executive national James Infantino, agent des pensions et assurances d'invalidité	1er avril 2004	5
Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux	Stephen Arbuckle, membre, Groupe d'intérêt lié à la santé	31 mars 2004	5
Association canadienne des troubles anxieux	Peter McLean, vice-président	12 mai 2004	9
Association canadienne pour la santé mentale	Penny Marrett, chef de la direction	12 mai 2004	9
Association des infirmières et infirmiers du Canada, la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale et l'Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada	Nancy Panagabko, présidente, Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale Annette Osten, membre du Conseil d'administration, Association des infirmières et infirmiers du Canada	31 mars 2004	5
Association médicale canadienne	Dre Gail Beck, secrétaire générale adjointe intérimaire Dr Sunil Patel, président	31 mars 2004	5

ORGANISMES	**NOM**	**DATE DE COMPARUTION**	**FASCICULE**
Association des psychiatres du Canada	Dr Blake Woodside, président du Conseil d'administration	31 mars 2004	5
Australie, Gouvernement d' *(par vidéoconférence)*	Dermot Casey, secrétaire adjoint, Direction des priorités sanitaires et de la prévention du suicide, ministère de la Santé et de la Vieillesse	20 avril 2004	6
	Jenny Hefford, secrétaire adjointe, Direction de la stratégie contre la drogue, ministère de la Santé et de la Vieillesse		
Bureau du Conseil Privé	Ron Wall, directeur des relations parlementaires, Planification de la législation et des travaux de la Chambre/avocat	1er avril 2004	5
	Ginette Bougie, directrice, Rémunération et classification		
Centre for Suicide Prevention	Diane Yackel, directrice exécutive	21 avril 2004	6
Centre de toxicomanie et de santé mentale	Christine Bois, gestionnaire des priorités provinciales en matière de troubles concourants	5 mai 2004	8
	Wayne Skinner, directeur clinique, Programme de troubles concourants		
	Brian Rush, chercheur, Politique de prévention sociale et de santé		
Chambre des communes	L'honorable Jacques Saada, C.P., député, leader du gouvernement à la Chambre des communes et ministre responsable de la Réforme démocratique	1er avril 2004	5

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Citoyenneté et de l'Immigration, Ministère de la	Patricia Birkett, directrice générale par intérim, Direction générale de l'intégration	22 avril 2004	6
Cognos	Marilyn Smith-grant, spécialiste en ressources humaines	1er avril 2004	5
	Sean Reid, gestionnaire principal, Communication corporatives		
Fédération canadienne des contribuables	Bruce Winchester, directeur de recherche	22 avril 2004	6
Fédération des programmes communautaires de la santé mentale et du traitement des toxicomanies de l'Ontario	David Kelly, directeur exécutif	5 mai 2004	8
Hôpital Douglas	Dr Gustavo Turecki, directeur, Groupe McGill d'études sur le suicide, Université MGill	21 avril 2004	6
Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies	Richard Brière, directeur adjoint	21 avril 2004	6
Justice, Ministère de la	Manon Lefebvre, conseillère juridique	22 avril 2004	6
Mercer consultation en resources humaines	Bernard Potvin, conseiller principal	22 avril 2004	6
Native Mental Health Association of Canada	Brenda M. Restoule, psychologue et représentante du conseil de l'Ontario	13 mai 2004	9
Nouvelle –Zélande, Gouvernement de la *(par vidéoconférence)*	Janice Wilson, directrice générale adjointe, Direction générale de la santé mentale, ministère de la Santé	5 mai 2004	8

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Nouvelle –Zélande, Gouvernement de la *(par vidéoconférence)*	David Chaplow, directeur et conseiller principal en santé mentale	5 mai 2004	8
	Arawhetu Peretini, gestionnaire, Santé mentale des Maoris		
	Phillipa Gaines, gestionnaire, Développement des systèmes de santé mentale		
Ontario Hospital Association	Dr Paul Garfinkel, président, Groupe de travail sur la santé mentale	31 mars 2004	5
Ressources humaines et Développement des compétences Canada	Bill Cameron, directeur général, Secrétariat national pour les sans-abri	29 avril 2004	7
	Marie-Chantal Girard, gestionnaire de la recherche stratégique, Secrétariat national pour les sans-abri		
Royaume-Uni, Gouvernement du *(par vidéoconférence)*	Anne Richardson, chef de la Direction des politiques en santé mentale, ministère de la Santé	6 mai 2004	8
	Adrian Sieff, chef de la Direction de la législation en matière de santé mentale		
Santé, Ministère de la de la Nouvelle Écosse	Dr James Millar, directeur exécutif, Santé mentale et services aux médecins	28 avril 2004	7
Secrétariat du Conseil du Trésor	Joan Arnold, directrice, Élaboration de la législation, Division des pensions	1er avril 2004	5
Service correctionnel du Canada	Larry Motiuk, directeur général, Recherches	29 avril 2004	7
	Françoise Bouchard, directrice générale, Services de santé		

ORGANISMES	NOM	DATE DE COMPARUTION	FASCICULE
Services de santé de la Colombie-Britannique, Ministère des	Irene Clarkson, directrice exécutive, Santé mentale et toxicomanie	28 avril 2004	7
Six Nations Mental Health Services	Dre Cornelia Wieman, psychiatre	13 mai 2004	9
Société canadienne de psychologie	John Service, directeur exécutif	31 mars 2004	5
Société canadienne de schizophrénie	John Gray, président élu	12 mai 2004	9
Société pour les troubles de l'humeur du Canada	Phil Upshall, président	12 mai 2004	9
Université McGill *(par videoconférence)*	Dr Laurence Kirmayer, directeur, Division de la psychiatrie sociale et transculturelle, Département de psychiatrie	13 mai 2004	9
Université Simon Fraser *(par vidéoconférence)*	Margaret Jackson, directrice, Institut d'études en politiques de justice pénale	29 avril 2004	7
U.S. Campaign for Mental Health Reform	William Emmet, coordonnateur	1er avril 2004	
U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health *(par videoconférence)*	Michael Hogan, président	1er avril 2004	5

ANNEXE C:
LISTE DES INDIVIDUS QUI ONT RÉPONDU À UNE LETTRE DU COMITÉ AU SUJET DES PRIORITÉS POUR LA RÉFORME DANS LE SECTEUR DE LA MALADIE MENTALE

GROUPE CANADIEN DE RECHERCHE

Action cancer Manitoba	Harvey Max Chochinov, MD, PhD, MCRMC, titulaire d'une chaire de recherche du Canada en soins palliatifs, directeur de la Manitoba Palliative Care Research Unit d'Action cancer Manitoba
Hôpital Douglas, Centre de recherche de l'	Ashok Mall, MD, MCRMC, titulaire d'une chaire de recherche du Canada pour l'étude des premiers stades de la psychose, professeur en psychiatrie à l'Université McGill
Université Carleton	Dr Hymie Anisman, titulaire d'une chaire de recherche du Canada en neuroscience, chercheur supérieur attaché à la Fondation ontarienne de santé mentale
Université de l'Alberta	Glen B. Baker, PhD, DSc, professeur et titulaire d'une chaire de recherche du Canada en neurochimie et en développement de médicaments
Université du Manitoba, Faculté de médecine de l'	Brian J. Cox, docteur en psychiatrie, titulaire d'une chaire de recherche du Canada sur les troubles de l'humeur et sur les troubles anxieux, professeur agrégé de psychiatrie
Université McGill	Eric Fombonne, MD, MCRMC (Psych.), titulaire d'une chaire de recherche du Canada en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, professeur de psychiatrie à l'Université McGill, directeur du Département de pédopsychiatrie de l'Hôpital pour enfants de Montréal

DOYEN D'UNIVERSITÉ

Centre universitaire de santé McGill	Joel Paris, MD, professeur titulaire et directeur du Département de psychiatrie
Hôpital général de Kingston	Samuel K. Ludwin, MBB, Ch., MCRMC, vice-président du développement à la recherche
Université de l'Alberta	Dr L. Beauchamp, doyen de la Faculté d'éducation
Université de l'Ouest de l'Ontario	Dr Carol P. Herbert, doyen de la Faculté de médecine et d'art dentaire
Université de Sherbrooke	Pierre Labossière, ing., PhD, vice-recteur adjoint à la recherche

GROUPE RELATIF À LA MALADIE

CRSNG	Thomas A. Brzustowski, président
La Fondation ontarienne de la santé mentale	Howard Cappell, PhD, c. psych., directeur exécutif
Société canadienne de schizophrénie	Fred Dawe, président

INDUSTRIE

Eli Lilly Canada Inc.	Terry McCool, vice-président des Affaires générales de la société
GlaxoSmith Kline	Geoffrey Mitchinson, vice-président des Affaires publiques
Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada	Murray J. Elston, président
Merck Frosst Canada Ltée	André Marcheterre, président
Roche Pharmaceutiques	Ronnie Miller, président-directeur général

GROUPE D'ÉTHIQUE EN SANTÉ MENTALE

Armée du Salut - Territoire du Canada et des Bermudes	Glen Shepherd, colonel et secrétaire en chef
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas de l'Université McGill	Maurice Dongier, professeur en psychiatrie
Centre de toxicomanie et de santé mentale	Paul E. Garfinkel, MD, FRCP, président-directeur général
Hôpital St-Paul	Mark Miller, éthicien
Office régional de la santé de Winnipeg	Linda Hughes, présidente du Comité d'éthique en santé mentale de l'ORSW
St-Joseph's Health Care Centre du Parkwood Hospital de London	Maggie Gibson, PhD, psychologue du Programme des soins aux anciens combattants
Université de l'Alberta	Genevieve Gray, doyenne et professeure de la Faculté en soins infirmiers
Université de l'Alberta, Faculté des sciences infirmières et Centre John Dossetor d'éthique en santé de l'	Wendy Austin, inf. aut., titulaire d'une chaire de recherche du Canada
Université de la Colombie-Britannique	Peter D. McLean, PhD, professeur et directeur de l'Unité des troubles anxieux
Université de l'Ouest de l'Ontario	Nancy Feduk, adjointe exécutive au doyen de la Faculté de médecine et d'art dentaire
Université Queen's	J. Arboleda-Florèz, professeur et chef du Département de psychiatrie
Université York	David Shugarman, directeur

PRÉSIDENT D'UNIVERSITÉ

Institut de recherches en santé mentale de l'Université d'Ottawa	Zul Merali, PhD, président-directeur général
Université de Lethbridge	Lynn Basford, doyenne de la Faculté en sciences de la santé
Université McGill	Heather Munroe-Blum, professeure d'épidémiologie et de biostatistiques

RESPONSABILITÉ GOUVERNEMENTALE

Association canadienne de la santé mentale	Bonnie Pape, directrice des programmes et de la recherche au Bureau national de l'Association canadienne de la santé mentale
Cabinet du vice-recteur à la recherche de l'Université d'Ottawa	Yvonne Lefebvre, PhD, vice-présidente associée à la recherche
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas	Rémi Quirion, directeur scientifiques de l'INSMT
Centre universitaire de santé McGill	Juan C. Negrete, MD, MCRMC, professeur de psychiatrie à l'Université McGill, président de la Section des toxicomanies, de l'Association des psychiatres du Canada
Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées	David K. Conn, MB, MCRMC, coprésident de l'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique, professeur agrégé du Département de psychiatrie de l'Université de Toronto, président de l'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique
Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées	J. Kenneth Le Clair, MD, MCRMC, coprésident de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, professeur et directeur de l'Unité de gériatrie du Département de psychiatrie de l'Université Queen's, directeur clinique du Programme spécialisé de psychiatrie gériatrique
Développement des ressources humaines Canada	Deborah Tunis, directrice générale du Bureau de la condition des personnes handicapées

The Family Council : Empowering Families in Addictions and Mental Health	Betty Miller, coordonnatrice du Family Council
Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health, affiliée au Centre de toxicomanie et de santé mentale	Bill Wilkerson, cofondateur et directeur général
Hôpital d'Ottawa	Paul Roy, MD, MCRMC, professeur adjoint en psychiatrie à l'Université d'Ottawa, directeur du programme « Premier épisode pour les maladies psychotiques » d'Ottawa
Hôpital royal d'Ottawa	J. Paul Fedoroff, MD, professeur agrégé de psychiatrie à l'Université d'Ottawa, directeur de recherche au Service médico-légal de l'Institut de recherche en santé mentale
Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas	Michel Perreault, PhD, chercheur à l'Hôpital Douglas
Instituts de recherche en santé du Canada	Dr. Jeff Reading, PhD, directeur scientifique de l'Institut de la santé des Autochtones
Ministère de la Santé et du Mieux-Être du Nouveau-Brunswick	Ken Ross, sous-ministre adjoint
ONSA : Organisation nationale de la santé autochtone	Judith G. Bartlett, MD, CMFC
Six Nations Mental Health Services	Cornelia Wieman, MD, MCRMC, psychiatre
Sunnybrook & Women's College Health Sciences Centre de l'Université de Toronto	N. Herrmann, médecin, MCRMC
Syncrude	Eric P. Newell, président-directeur général
Unité de l'évaluation de la santé mentale et des consultations communautaires du Département de psychiatrie de l'Université de la Colombie-Britannique	Elliot Goldner, MD, MScS, MCRMC, chef de la Division de la politique et des services de santé mentale

Université Dalhousie, Département de psychologie de l'	Patrick J. McGrath, OC, PhD, MSRC, titulaire de la chaire Killam de psychologie, professeur de pédiatrie et de psychiatrie, titulaire d'une chaire de recherche du Canada, psychologue au IWK Hospital
Université Dalhousie, Faculté de médecine de l'	David Zitner, PhD, directeur en informatique médicale
Université d'Ottawa, École de psychologie de l'	John Hunsley, PhD, c. psych., professeur en psychologie
Université d'Ottawa, Faculté de médecine de	Jacques Bradwejn, MD MCRMC, DABPN, président du Département de psychiatrie
Université McMaster	Docteur Richard P. Swinson, MD, MCRMC, titulaire de la chaire Morgan Firestone de psychiatrie et de neurosciences du comportement à l'Université McMaster, chef du Département de psychiatrie du St. Joseph's Healthcare Centre